

FORMA DE INSCRIPCION DE LA ESCUELA PRIMARIA

QUE NO ESCRIBA EN LAS AREAS SOMBRADAS - PARA EL USO DE LA DIRECCION SOLAMENTE					
STUDENT ALPHA KEY/OTHER ID	SCHOOL ENTRY DATE	MOST RECENT DISTRICT ENTRY DATE	MEDICAL ALERT	TEACHER NAME & HOMEROOM -	BUS-ROUTE AM PM

Los nombres del estudiante/de la estudiante, las direcciones, y ciertos datos es Información Directoria.

Nombre de Estudiante: Apellido Paterno Legal		Primer Nombre Legal		Segundo Nombre Legal		FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año)	
SEXO (M/F)	LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad Estado Pais			Birth Certificate Verified		NIVEL DE GRADO	
¿ASISTIO LA ESCUELA PREESCOLAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				IDIOMA PRIMARIO HABLADO POR NIÑO/ NIÑA <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> otro _____			
NOMBRE DE LA ULTIMA ESCUELA QUE ASISTIO:				NOMBRE DEL ULTIMO DISTRITO QUE ASISTIO:			
Si es un distrito fuera del área, favor de proveer la dirección de correo, la ciudad, el estado, y el código postal:						Nivel de Grado en la escuela previa:	
¿ESTE ESTUDIANTE HA ASISTIDO A UNA ESCUELA EN ESTE DISTRITO ANTES? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						FECHA QUE ASISTIO (Mes/Año)	
¿Este estudiante usa algún otro nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si eso es así, favor de proveer el otro nombre completo:				

INFORMACION DEL HOGAR PRIMARIO - Padres/guardián del estudiante o dónde vive el estudiante

HOGAR PRIMARIO (Guardián Primario 1) Apellido Primer Nombre		RELACION DEL GUARDIAN PRIMARIO CON ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> guardián <input type="checkbox"/> agencia <input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> otro _____		TELEFONO #1 De Casa (incluya el código)		Favor de marcar si no está listada: <input type="checkbox"/>	
Favor de marcar si el padre o la madre está empleado por el servicio militar en Propiedad Federal <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos		Rama		TELEFONO #2 Guardián Primario 1 (incluya el código)		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle	Apto. #	Apartado Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	
DIRECCION DE CORREO (Si es diferente)	Calle	Apto. #	Apartado Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	
GUARDIAN SECUNDARIO DEL HOGAR PRIMARIO (Padre/guardián donde vive el estudiante) Apellido Paterno Primer Nombre		RELACION DEL GUARDIAN SECUNDARIO CON ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> guardián <input type="checkbox"/> agencia <input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> otro		TELEFONO #3 Guardián Primario 1 (incluya el código)		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
IDIOMA PRIMARIO HABLADO POR PADRES/GUARDIAN (otro que no sea inglés) Madre Padre		¿Ud. necesitará un intérprete para que se comunique con el maestro de su hijo o hija? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ud. necesitará un intérprete de lenguaje gestual para que se comunique con el maestro de su hijo o hija? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Resident School	
CORREO ELECTRONICO (EMAIL) DE LOS PADRES							

¿EL NIÑO ASISTE A LA GUARDERIA? <input type="checkbox"/> Antes de escuela <input type="checkbox"/> Después <input type="checkbox"/> Antes y después de escuela		PROVEEDOR DE GUARDERIA QUE ASISTE Nombre Ciudad		Teléfono () Código Postal	
ARREGLOS ADICIONALES DE GUARDERIA (Favor de proveer la información escrita a la escuela).					

¿SU HIJO HA CALIFICADO PARA SERVICIOS ESPECIALES EN LA ESCUELA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿SU HIJO HA ESTADO REPROBADO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿SU HIJO HA TENIDO O CALIFICADO PARA EL PLAN 504 EN LA ESCUELA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si eso es así, ¿cuál nivel? _____		
¿SU HIJO HA PARTICIPADO EN: <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> Terapia O/T <input type="checkbox"/> Habla y Lenguaje <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> Otro _____					

FAVOR DE CONTINUAR TRAS DE FORMA

FAVOR DE ESCRIBIR LOS NOMBRES DE HERMANOS QUE ASISTEN (este Distrito Escolar)				
Apellido Paterno	Primer Nombre	Escuela-	Nivel	Lunch Status (Office use)

INFORMACION DEL HOGAR SECUNDARIO- Padres/Guardianes del estudiante que NO VIVEN siempre con el estudiante						
HOGAR SECUNDARIO (Guardián Primario) Apellido Paterno Primer Nombre		RELACION DEL GUARDIAN PRIMARIO CON ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> guardián <input type="checkbox"/> agencia <input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> otro		TELEFONO #1 de Casa (incluye el código) TELEFONO #2- Guardián Primario 1 (incluye el código)		Favor de marcar si no está listada: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
DIRECCION DE RESIDENCIA- Calle	Apto. #	<i>Apartado Postal</i>	Ciudad	Estado	Código Postal	
DIRECCION DE COREO (Si es diferente) Calle	Apto. #	<i>Apartado Postal</i>	Ciudad	Estado	Código Postal	
HOGAR SECUNDARIO (Guardián Secundario) Apellido Paterno Primer Nombre		RELACION DEL GUARDIAN SECUNDARIO CON ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> guardián <input type="checkbox"/> agencia <input type="checkbox"/> yo <input type="checkbox"/> otro		TELEFONO #3 - Guardián Secundario-Hogar Segundo (incluya el área) <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		

Cuando heridas, enfermedad o otro tipo de urgencia que ocurra con su hijo, queremos poder comunicarnos rápidamente con un familiar o otro adulto responsable. En el caso de que no podemos comunicar con los padres o guardianes, favor de escribir las personas de confianza debajo quienes estén disponibles para cuidar a su hijo. En el caso de que la escuela no pueda contactar a los padres o guardianes, el/la estudiante puede ser dado a cuidar con las personas enlistadas abajo.

LENAR INFORMACION DE CONTACTO DE URGENCIA PARA AL MENOS 2 PERSONAS DE CONTACTO-

CONTACTO PRIMARIO (aparte del padre/guardián) Apellido Paterno Primer Nombre	RELACION AL NIÑO/A	TELEFONO #1 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TELEFONO #2 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Dirección Ciudad Código Postal			
CONTACTO SEGUNDO (aparte del padre/guardián) Apellido Paterno Primer Nombre	RELACION AL NIÑO/A	TELEFONO #1 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TELEFONO #2 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Dirección Ciudad Código Postal			
CONTACTO TERCERO (aparte del padre/guardián) Apellido Paterno Primer Nombre	RELACION AL NIÑO/A	TELEFONO #1 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TELEFONO #2 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Dirección Ciudad Código Postal			
TRANSPORTATION RESTRICTIONS: (office use)			

¿ESTÁ EN EFECTO UN PLAN DE CUSTODIA-CONJUNTA, O DE-CRIANZA DE HIJOS? Sí No (Si eso es así, el plan necesita estar archivado con la escuela para enforzarlo.)

¿HAY EN EFECTO UN ORDEN DE ALEJAMIENTO? Sí No (Si eso es así, los papeles legales necesitan estar archivados con la escuela para enforzarlo.)

El orden de alejamiento es-contra: madre padre otro _____

VERIFICACION DE INFORMACION: La información de esta forma es verdadera y exacta en esta fecha. Entiendo que falsificación de información para la inscripción puede causar la revocación de la inscripción del estudiante en el Distrito Escolar de South Bend. Comprendo que también por el proveer de la información del contacto de Urgencia, las personas nombradas están autorizadas recoger al estudiante si el padre/guardián no está alcanzable.

Firma Legal del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Name of Student: _____

RACE - ETHNICITY DATA COLLECTION 2021-2022

Recently, the federal government expanded the categories for student ethnicity and race data. Because of these changes, we need to ask you to identify your child as Hispanic/Latino or not Hispanic/Latino and by one or more racial groups.

Question 1: Is your child of Hispanic or Latino origin? No (Please check all that apply)

ETHNICITY	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Costa Rican	<input type="checkbox"/> Mexican	<input type="checkbox"/> Salvadoran
	<input type="checkbox"/> Argentine	<input type="checkbox"/> Cuban	<input type="checkbox"/> Mestizo	<input type="checkbox"/> Spaniard
	<input type="checkbox"/> Bolivian	<input type="checkbox"/> Dominican	<input type="checkbox"/> Native	<input type="checkbox"/> Surinamese
	<input type="checkbox"/> Brazilian	<input type="checkbox"/> Ecuadorian	<input type="checkbox"/> Nicaraguan	<input type="checkbox"/> Uruguayan
	<input type="checkbox"/> Chicano (Mexican American)	<input type="checkbox"/> Guatemalan	<input type="checkbox"/> Panamanian	<input type="checkbox"/> Venezuelan
	<input type="checkbox"/> Chilean	<input type="checkbox"/> Guyanese	<input type="checkbox"/> Paraguayan	
	<input type="checkbox"/> Colombian	<input type="checkbox"/> Honduran	<input type="checkbox"/> Peruvian	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Write In)
		<input type="checkbox"/> Jamaican	<input type="checkbox"/> Puerto Rican	

Question 2: What race(s) do you consider your child? (Please check ALL that apply)

White/Black/African American

RACE	<input type="checkbox"/> White
	<input type="checkbox"/> Black/African-American
	<input type="checkbox"/> African-American

Washington State Tribes/Alaskan Native

RACE	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native
	<input type="checkbox"/> Chinook Tribe
	<input type="checkbox"/> Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation
	<input type="checkbox"/> Confederated Tribes of the Chehalis Reservation
	<input type="checkbox"/> Confederated Tribes of the Colville Reservation
	<input type="checkbox"/> Cowlitz Indian Tribe
	<input type="checkbox"/> Duwamish Tribe
	<input type="checkbox"/> Hoh Indian Tribe Jamestown
	<input type="checkbox"/> S'Klallam Tribe
	<input type="checkbox"/> Kalispel Indian Community of the Kalispel Reservation
	<input type="checkbox"/> Kikiallus Indian Nation
	<input type="checkbox"/> Lower Elwha Tribal Community
	<input type="checkbox"/> Lummi Tribe of the Lummi Reservation
	<input type="checkbox"/> Makah Indian Tribe of the Makah Indian Reservation
	<input type="checkbox"/> Marietta Band of Nooksack Tribe
	<input type="checkbox"/> Muckleshoot Indian Tribe
	<input type="checkbox"/> Nisqually Indian Tribe
	<input type="checkbox"/> Nooksack Indian Tribe of Washington
	<input type="checkbox"/> Port Gamble S'Klallam Tribe
	<input type="checkbox"/> Puyallup Tribe of Puyallup Reservation
	<input type="checkbox"/> Quileute Tribe of the Quileute Reservation
	<input type="checkbox"/> Quinault Indian Nation
	<input type="checkbox"/> Samish Indian Nation
	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle Indian Tribe of Washington
	<input type="checkbox"/> Shoalwater Bay Indian Tribe of the Shoalwater Bay Indian Reservation
	<input type="checkbox"/> Skokomish Indian Tribe
	<input type="checkbox"/> Snohomish Tribe
	<input type="checkbox"/> Snoqualmie Indian Tribe
	<input type="checkbox"/> Snoqualmoo Tribe
	<input type="checkbox"/> Spokane Tribe of the Spokane Reservation
	<input type="checkbox"/> Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Reservation
	<input type="checkbox"/> Steilacoom Tribe
	<input type="checkbox"/> Stillaguamish Tribe of Indians of Washington
	<input type="checkbox"/> Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Reservation
	<input type="checkbox"/> Swinomish Indian Tribal Community
	<input type="checkbox"/> Tulalip Tribes of Washington
<input type="checkbox"/> Alaskan Native (Write In)	
<input type="checkbox"/> American Indian (Write In)	

Asian

RACE	<input type="checkbox"/> Asian Indian	<input type="checkbox"/> Lao
	<input type="checkbox"/> Bangladeshi	<input type="checkbox"/> Malaysian
	<input type="checkbox"/> Bhutanese	<input type="checkbox"/> Mien
	<input type="checkbox"/> Burmese/Myanmar	<input type="checkbox"/> Mongolian
	<input type="checkbox"/> Cambodian/Khmer	<input type="checkbox"/> Nepali
	<input type="checkbox"/> Cham	<input type="checkbox"/> Okinawan
	<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Pakistani
	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Punjabi
	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Singaporean
	<input type="checkbox"/> Indonesian	<input type="checkbox"/> Sri Lankan
	<input type="checkbox"/> Japanese	<input type="checkbox"/> Taiwanese
	<input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Thai
	<input type="checkbox"/> Asian (Write In)	<input type="checkbox"/> Tibetan
		<input type="checkbox"/> Vietnamese

Caribbean

RACE	<input type="checkbox"/> Anguillian	<input type="checkbox"/> Dominican
	<input type="checkbox"/> Antiguan	<input type="checkbox"/> Dominican Republic
	<input type="checkbox"/> Bahamian	<input type="checkbox"/> Dutch Antillean (Netherlands Antilles)
	<input type="checkbox"/> Barbadian	<input type="checkbox"/> Grenadian
	<input type="checkbox"/> Barthélemois/Barthélemoises	<input type="checkbox"/> Guadeloupian
	<input type="checkbox"/> British Virgin Islander	<input type="checkbox"/> Haitian
	<input type="checkbox"/> Caymanian (Cayman Island)	<input type="checkbox"/> Jamaican
	<input type="checkbox"/> Caribbean (Write In)	<input type="checkbox"/> Martiniquais/Martiniquaise
		<input type="checkbox"/> Montserratian
		<input type="checkbox"/> Puerto Rican

Latin American

RACE	<input type="checkbox"/> Argentine	<input type="checkbox"/> Guatemalan
	<input type="checkbox"/> Belizean	<input type="checkbox"/> Guyanese Honduran
	<input type="checkbox"/> Bolivian	<input type="checkbox"/> Mexican
	<input type="checkbox"/> Brazilian	<input type="checkbox"/> Nicaraguan
	<input type="checkbox"/> Chilean	<input type="checkbox"/> Panamanian
	<input type="checkbox"/> Colombian	<input type="checkbox"/> Paraguayan
	<input type="checkbox"/> Costa Rican	<input type="checkbox"/> Peruvian
	<input type="checkbox"/> Ecuadorian	<input type="checkbox"/> So. Georgia/So. Sandwich Islands
	<input type="checkbox"/> El Salvadoran	<input type="checkbox"/> Surinamese
	<input type="checkbox"/> Falkland Islander	<input type="checkbox"/> Uruguayan
	<input type="checkbox"/> French Guianese	<input type="checkbox"/> Venezuelan
	<input type="checkbox"/> Latin American (Write In)	

Pacific Islander/Native Hawaiian

RACE	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Palauan
	<input type="checkbox"/> Carolinian	<input type="checkbox"/> Papuan
	<input type="checkbox"/> Chamorro	<input type="checkbox"/> Pohnpeian
	<input type="checkbox"/> Chuukese	<input type="checkbox"/> Samoan
	<input type="checkbox"/> Fijian	<input type="checkbox"/> Solomon Islander
	<input type="checkbox"/> i-Kiribati/Gilbertese	<input type="checkbox"/> Tahitian
	<input type="checkbox"/> Kosraean	<input type="checkbox"/> Tokelauan
	<input type="checkbox"/> Maori	<input type="checkbox"/> Tongan
	<input type="checkbox"/> Marshallese	<input type="checkbox"/> Tuvaluan
	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Yapese
	<input type="checkbox"/> Ni-Vanuatu	
	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian (Write In)	<input type="checkbox"/> Other Pac. Islander (Write In)

Middle Eastern/North African

RACE	<input type="checkbox"/> Algerian	<input type="checkbox"/> Israeli
	<input type="checkbox"/> Amazigh or Berber	<input type="checkbox"/> Jordanian
	<input type="checkbox"/> Arab or Arabic	<input type="checkbox"/> Kurdish Kuwaiti
	<input type="checkbox"/> Assyrian	<input type="checkbox"/> Lebanese
	<input type="checkbox"/> Bahraini	<input type="checkbox"/> Libyan
	<input type="checkbox"/> Bedouin	<input type="checkbox"/> Moroccan
	<input type="checkbox"/> Chaldean	<input type="checkbox"/> Ormani
	<input type="checkbox"/> Copt	<input type="checkbox"/> Palestinian
	<input type="checkbox"/> Druze	<input type="checkbox"/> Qatari
	<input type="checkbox"/> Egyptian	<input type="checkbox"/> Saudi Arabian
	<input type="checkbox"/> Emirati	<input type="checkbox"/> Syrian
	<input type="checkbox"/> Iranian	<input type="checkbox"/> Tunisian
	<input type="checkbox"/> Iraqi	<input type="checkbox"/> Yemeni
	<input type="checkbox"/> Middle Eastern (Write In)	<input type="checkbox"/> North African (Write In)

East African

RACE	<input type="checkbox"/> Burundian	<input type="checkbox"/> Reunionese
	<input type="checkbox"/> Comoran	<input type="checkbox"/> Rwandan
	<input type="checkbox"/> Djiboutian	<input type="checkbox"/> Seychellois
	<input type="checkbox"/> Eritrean	<input type="checkbox"/> Seychelloise
	<input type="checkbox"/> Ethiopian	<input type="checkbox"/> Somali
	<input type="checkbox"/> Kenyan	<input type="checkbox"/> South Sudanese
	<input type="checkbox"/> Malagasy (Madagascar)	<input type="checkbox"/> Sudanese
	<input type="checkbox"/> East African (Write In)	<input type="checkbox"/> Ugandan
		<input type="checkbox"/> Tanzanian
		<input type="checkbox"/> Mauritian (Mauritius)
		<input type="checkbox"/> Mahoran (Mayotte)
		<input type="checkbox"/> Mozambican
		<input type="checkbox"/> Zambian
		<input type="checkbox"/> Zimbabwean

West African

RACE	<input type="checkbox"/> Beninese	<input type="checkbox"/> Liberian
	<input type="checkbox"/> Bissau-Guinean	<input type="checkbox"/> Malian
	<input type="checkbox"/> Burkinabé (Burkina Faso)	<input type="checkbox"/> Mauritanian
	<input type="checkbox"/> West African (Write In)	<input type="checkbox"/> Nigerien (Niger)
		<input type="checkbox"/> Nigerian (Nigeria)
		<input type="checkbox"/> Saint Helenian
		<input type="checkbox"/> Senegalese Sierra Leonean
		<input type="checkbox"/> Togolese

Central African

RACE	<input type="checkbox"/> Angolan	<input type="checkbox"/> Congolese (Dem. RC of the Congo)
	<input type="checkbox"/> Cameroonian	<input type="checkbox"/> Equatorial Guinean
	<input type="checkbox"/> Central African (Cent. African RC)	<input type="checkbox"/> Gabonese
	<input type="checkbox"/> Chadian	<input type="checkbox"/> São Toméan
	<input type="checkbox"/> Congolese (RC of the Congo)	<input type="checkbox"/> Principe
	<input type="checkbox"/> Central African (Write In)	

South African

RACE	<input type="checkbox"/> Botswanan	<input type="checkbox"/> South African
	<input type="checkbox"/> Mosotho (Lesotho)	<input type="checkbox"/> Swazi
	<input type="checkbox"/> Namibian	
	<input type="checkbox"/> South African (Write In)	

Eastern European

RACE	<input type="checkbox"/> Bosnian	<input type="checkbox"/> Romanian
	<input type="checkbox"/> Herzegovinian	<input type="checkbox"/> Russian
	<input type="checkbox"/> Polish	<input type="checkbox"/> Ukrainian
	<input type="checkbox"/> Eastern European (Write In)	

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
OFFICE OF INDIAN EDUCATION
WASHINGTON, DC 20202
TITLE VII STUDENT ELIGIBILITY CERTIFICATION
Elementary and Secondary Education Act, Title VII, Part A, Subpart 1

Parents: Please return this completed form to your child's school. In order to apply for a formula grant under the Indian Education Program, your child's school must determine the number of Indian children enrolled. Any child who meets the following definition may be counted for this purpose. You are not required to complete or submit this form to the school. However, if you choose not to submit a form, the school cannot count your child for funding under the program. **This form will become part of your child's school record and will not need to be completed every year.** This form will be maintained at the school and information on the form will not be released without your written approval.

Definition: Indian means any individual who is (1) a member (as defined by the Indian tribe or band) of an Indian tribe or band, including those Indian tribe or bands terminated since 1940, and those recognized by the State in which the tribe or band reside; or (2) a descendent in the first or second degree (parent or grandparent) as described in (1); or (3) considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; or (4) an Eskimo or Aleut or other Alaska Native; or (5) a member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

NAME OF CHILD _____ Date of Birth _____
(As shown on school enrollment records)

School Name _____ Grade _____

NAME OF TRIBE, BAND OR GROUP _____

Tribe, Band or Group is: (check one)

<input type="checkbox"/> Federally Recognized, Including Alaska Native	<input type="checkbox"/> State Recognized	<input type="checkbox"/> Terminated	<input type="checkbox"/> Organized Indian Group Meeting #5 of the Definition Above
---	--	-------------------------------------	--

Name of individual with tribal membership: _____

Individual named is (check one): Child Child's Parent Child's Grandparent

Proof of membership, as defined by tribe, band, or group is:

A. Membership or enrollment number (if readily available) _____ **OR**

Other (explain) _____

Name and address of organization maintaining membership data for the tribe, band or group:

I verify that the information provided above is accurate:

PARENT'S SIGNATURE _____ DATE _____

Mailing Address _____ Telephone _____

Notice: Public Reporting Burden Notice on Reverse Side

PAPERWORK BURDEN STATEMENT

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1875-0240. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. **If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to:** U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. **If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to:** Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., FOB-6/Room 5C152, Washington, D.C. 20202-6335.

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

¿Hay algo en el pasado académico de su hijo/a que la escuela debe saber para permitirnos de servir mejor a su hijo/a?

¿Ha tenido su hijo/a problemas de comportamiento que el distrito escolar debe saber?

Si No

Si sí, favor de explicar:

¿Cuáles son los planes de despido de su hijo? Este plan es lo que harán todos los días A MENOS QUE recibamos una llamada telefónica antes de las 2:30 pm o una nota que la cambie.

(¿Bus, Camina o te recoges?)

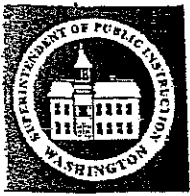
Bus a donde? _____

¿Caminar? _____ Si K-2, camina con quién? _____

Ser recogido por quien? _____

Firma del Padre / Tutor

Fecha



South Bend School District
 400 East 1st
 South Bend, WA 98586

Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

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
- En un refugio
- Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos
- En la casa o departamento de alguien más, con otra familia
- En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
- Un automóvil, parque, campamento o lugar similar
- Vivienda de transición
- Otro _____

Nombre del estudiante: _____
 Primer nombre Segundo nombre Apellido

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Mes/Día/Año

Género: _____ El estudiante no tiene supervisión (no vive con un padre o tutor legal)
 El estudiante vive con un padre o tutor legal

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL: _____

NÚMETO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: _____ NOMBRE DEL CONTACTO _____

Nombre de los padres o tutores legales en letra de molde: _____
 (O menor sin supervisión)

*Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____
 (O menor sin supervisión)

*Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de Washington, que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

Devuelva este formulario contestado a:

_____ Enlace del Distrito Número de teléfono Ubicación

Para uso exclusivo del personal de la escuela Para efectos de recolección de datos y codificación en el sistema de información de estudiantes

- (N) No en situación de falta de vivienda
- (A) Refugios
- (B) Con otra familia
- (C) Sin refugio
- (D) Hoteles/Moteles

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).

(6) 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:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

SOUTH BEND PUBLIC SCHOOLS

400 E. First, Post Office Box 437
South Bend, Washington 98586

Superintendent

Jon Tienhaara (360) 875-6041 Ext 4
Fax 875-6062

Principals

Jason Nelson, High School (360) 875-5707 Ext 3
Kresta Byington, Elementary School (360) 875-5615 Ext 2

Administrative Assistant

Robyn Rose, District (360) 875-6041 Ext 4

Directors

Charles Spoor, Chairman
Todd Strozkyk
Andrew Seaman
Wendy Manlow
Jim Rose

INFORMACION DE EMERGENCIA /FORMA DE PERMISO DE PASEOS DE CLASE

Nombre Legal del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

CONTACTO PRIMARIO (aparte del padre/guardián) <i>Apellido Paterno Primer Nombre</i>	RELACION AL NIÑO/A	TELEFONO #1 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TELEFONO #2 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
CONTACTO SEGUNDO (aparte del padre/guardián) <i>Apellido Paterno Primer Nombre</i>	RELACION AL NIÑO/A	TELEFONO #1 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TELEFONO #2 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
CONTACTO TERCERO (aparte del padre/guardián) <i>Apellido Paterno Primer Nombre</i>	RELACION AL NIÑO/A	TELEFONO #1 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	TELEFONO #2 (incluya el área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

La empresa de su seguro médico _____ El número de su poliza # _____

Alergias a medicamentos _____

Medicamentos tomados en la escuela _____

Yo le doy a la escuela mi permiso para que mi hijo/a pueda asistir a las excursiones y los viajes con su clase durante el año escolar de 2023-24.

Autorización de Emergencia Medical

Como padre, yo le doy al distrito mi permiso para que un médico pueda dar tratamiento a mi hijo/a si hay un daño o herida durante el viaje. Yo entiendo que el distrito, el medico y el hospital van a tratar de llamarme para informarme del tratamiento antes de dárselo a mi hijo/a. Por eso, aquí están números de teléfono importantes. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos contraídos como resultado de lo anterior.

Firma del padre/madre/apoderado _____ Fecha _____

The South Bend School District does not discriminate in any programs or activities on the basis of sex, race, creed, religion, color, national origin, age, veteran or military status, sexual orientation, gender expression or identity, disability, or the use of a trained dog guide or service animal and provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups. The following employees have been designated to handle questions and complaints of alleged discrimination: District's Title IX/RCW 28A.640 Officer Robyn Rose, and/or Jon Tienhaara Section 504/ADA Coordinator, 405 E. 1st Street, PO Box 437, South Bend, WA 98586 (360) 875 6041 Option 4.

South Bend School District
MARQUE LO SIGUIENTE SI CORRESPONDE A SU HUO

MARQUE AQUÍ SI NO HAY PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS

VISTA
 Usa lentes Siempre
 Usa lentes de contacto Siempre
 Necesita aslento preferencial Fecha de último examen ocular: _____
 Bajo el cuidado del Dr. _____
 Teléfono: _____
 Comentarios: _____

OIDOS
 Tiene un problema auditivo Tiene tubos en los oídos Usa audífono
 Necesita aslento preferencial

Bajo el cuidado del Dr. _____
 Teléfono: _____
 Comentarios: _____

HERMANOS Y HERMANAS

NOMBRE	ESCUELA A LA QUE ASISTEN	GRADO
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

Presenta las siguientes afecciones(s):
 EPILEPSIA DÉSMAYOS DIABETES
 ADD/ADHD ALECCIÓN CARDIACA MIGRAÑAS
 ASMA
 Alguna de las afecciones amenaza la vida? SI NO
 Explique: _____

ALÉRGICAS (describa):

REACCIÓN ALÉRGICA A LA PICADURA DE ABEJAS (describa):

OTRO: _____

MEDICAMENTOS?
 Nombre: _____ Dosis: _____ Para (diagnóstico): _____
 Nombre: _____ Dosis: _____ Para (diagnóstico): _____
 Nombre: _____ Dosis: _____ Para (diagnóstico): _____
 Debe tomar medicamento durante horario escolar? SI NO
 Bajo el cuidado del Dr. _____ Teléfono: _____

Presenta un problema físico que limita su participación en:
 Actividades en la sala de clases:
 PE:
 Por favor explique: _____
 Bajo el cuidado del Dr.: _____ Teléfono: _____

South Bend School District

Los Estudiantes con condiciones de salud que Amenazan la vida

Fecha: _____

Estimado Padre O Tutor:

La ley del estado de Washington requiere que los padres de los niños que tienen una condición de salud que amenazan la vida deben obtener un plan de medicación o tratamiento firmado por un médico con licencia y demostrarlo a la escuela cada año, a más tardar el primer día de clases. La ley requiere que el distrito escolar para excluir cualquier niño con una condición de salud que amenazan la vida de asistir a la escuela hasta que se proporcione un plan de medicación o tratamiento.

La seguridad de su hijo es nuestra prioridad y no queremos que su hijo falte a la escuela. Por favor haga planes para programar una cita con el médico o proveedor de atención médica de su hijo tan pronto como sea posible para obtener un plan de medicación o tratamiento firmado. Proporcionar una copia del plan a la siguiente persona. Por favor llame si tiene alguna pregunta.

Leah Heintz, School Nurse
South Bend School District
PO Box 437
South Bend, WA 98586
360-875-5615 #2
lheintz@southbendschools.org

Padre/Tutor: Por favor complete la sección de abajo y devolver todo el formulario de inmediato.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre: _____ Escuela: _____

Por Favor complete y envíe este formulario para cada niño que tiene una enfermedad grave a potencialmente mortal que puede poner él/ella en peligro que pueden requerir los servicios médicos que se deben realizar en la escuela si un plan de medicamento o tratamiento no está en order.

_____ asma severa
_____ alergia a los alimentos
_____ alergia a la picadura de abeja
_____ diabetes inestable
_____ convulsiones
_____ otro: _____

_____ He adjuntado un plan de medicación o tratamiento

_____ Voy a proporcionar un plan de medicación o tratamiento _____ (fecha).

Firma del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Número de Teléfono: _____



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: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____			
Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</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>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</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>Educación previa</p> <p>Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></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.



Distrito Escolar de South Bend 118
Primaria Chauncey Davis
Permiso del Formulario de Imagen de Estudiante

Estimado Padre / Guardian:

Por favor, lea lo siguiente y tomar una decisión en cuanto si usted concede permiso para que la Escuela Primaria Chauncey Davis pueda publicar, imprimir, o liberar imagen / fotografía o trabajo del estudiante o su hijo.

Ejemplos de cómo se pueden usar imagen / fotografía de su hijo o el trabajo del estudiante:

- Aparecerá en una publicación, como una imagen de clase, periódicos, revistas, o el anuario
- Presentada como muestras de programas (programas deportivos o programas de juego) o como entradas de la competencia a los patrocinadores
- Utilizado como una demostración o muestras de cursos prácticos educativos, salones y / o conferencias
- Aparecerá en vídeo / imagen electrónica, que puede o no puede ser utilizado para un proyecto escolar / localidad o en el sitio web de la escuela
- Otra actividad educativa como la Escuela Primaria Chauncey Davis considere necesario

Nombre o dirección de su hijo **NO SE** incluirán con la imagen / fotografía o trabajo del estudiante o hijo cuando se publique en la web..

LIBERACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Su permiso otorga la Escuela Primaria Chauncey Davis aprobación a publicar sin notificación previa y permanece en efecto hasta que reciba una notificación el CDES que quisiera este escrito revocar.

___Yo/Nosotros **DAMOS** permiso para que la imagen/fotografía o trabajo escolar de _____ se utilice como se ha descrito anteriormente. Estamos dispuestos a realizar esto en el dominio público.

___Yo/Nosotros **NO DAMOS** permiso para que la imagen/fotografía o el trabajo de _____ se utilice como se ha descrito anteriormente.

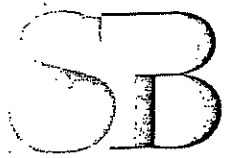
Nombre del Padre / Guardián _____

Firma del Padre /Guardián _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Fecha _____



SOUTH
BEND
PUBLIC
SCHOOLS

A great place for kids.

PARENT NOTIFICATION

By law, if parents are legally separated or divorced, each parent has equal rights to the custody of the child/children **UNLESS** a parent has a court order that indicates which parent has custody of the child/children.

The school **MUST HAVE A COPY OF THE RECORDED COURT ORDER** on file, otherwise either parent may check the child out of school with proper identification.

If a parent comes in with a court order stating the current custody over the enrolling parent, they may take the child/children after documents are verified, as needed, and after every effort has been made to reach the enrolling parent by phone.

I have read and understand the above statement of the law.

Students Name: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

NOTIFICACIÓN PARA PADRE

Por ley, si los padres están separados legalmente o divorciados, cada padre tiene derechos iguales de custodia de el hijo(a)/hijo **A MENOS QUE** uno de los padres tenga una orden de la corte que indique cual padres es el que tiene custodia del hijo(a)/hijos.

La escuela **DEBE TENER UNA COPIA DE LA CORTE** en sus archivos estudiantiles, de lo contrario, cualquiera de los padres puede sacar el estudiante de la escuela con la identificación apropiada.

Si uno de los padres viene con una orden de la corte que indique la custodia actual sobre el estudiante registrado, entonces se pueden llevar al niño (a)/hijos después de que los documentos hayan sido verificados, conforme sea necesario, y después de haber hecho todo intento de comunicarnos por teléfono con el otro padre registrado.

He leído la declaración de la ley arriba.

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Distrito Escolar de South Bend

Sistema de Información Electrónica (K-20)

Formulario de Consentimiento Acceso Informado de Usuarios Individual

En consideración por el privilegio de usar el internet y en la consideración para tener acceso a las redes públicas, yo libero el Distrito Escolar de South Bend, la Red de K-20, y otros proveedores de intermediarios, en su caso, y los operadores, y cualquier institución con que están afiliados de cualquier y todas las demandas y daños de cualquier naturaleza derivados de mi, o el uso de mi hijo, o la imposibilidad de usar, la Red de K-20, que incluye, sin limitación, el tipo de daños identificados en Aceptable del Distrito Escolar de South Bend de Guía para el uso. Además, mi hijo y estamos de acuerdo en cumplir las póliza y procedimientos del Distrito para los sistemas electrónicos de información, que hemos revisado y entendido, y que reconocemos que el incumplimiento de la póliza y los procedimientos puede resultar en la revocación de los privilegios de uso de internet. Mi hijo y yo reconocemos y aceptamos que el Distrito Escolar de South Bend tiene el derecho de revisar, editar o eliminar cualquier material instalado, utilizados, almacenados o distribuidos en o a través del sistema de Distrito de red o incluido el correo electrónico y otros mensajes electrónicos y por la presente renuncia cualquier derecho de privacidad, que mi hijo o yo no haya adquirido en dicho material. Mi hijo y yo reconocemos y aceptamos que cualquier derecho de autor que mi hijo puede tener en el material publicado en Internet a través del sistema del distrito escolar se renunciado.

Firma del Usuario

Firma del Padre / Guardián
(Necesario si el usuario es menor de 18 años)

Imprimir Nombre de Usuario

Imprimir Nombre de Usuario

Dirección

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono

Teléfono

Fecha Firmada

Fecha Firmada

- Los estudiantes mayores de dieciocho años no necesitan la firma de los padres la Directora de la Escuela retiene la copia en blanco y le envía copia al: Coordinador de Tecnología

Firma del Administrador de Edificio _____

Fecha _____

SOUTH BEND SCHOOL DISTRICT

Dear Parents:

Your child has the opportunity to receive an electronic network account. Among other advantages, your child will be able to communicate with other schools, colleges, organizations and individuals around the world through the Internet and other electronic information systems and networks.

With this educational opportunity also comes responsibility:

It is important that you and your child read the enclosed informed consent form and school district Policy 2022 and discuss it together. When your child is given an account to use on the network, it is extremely important that the rules are followed. Inappropriate use will result in the loss of the privilege to use this educational tool, and will receive other disciplinary action if appropriate. Parents, please remember that you are legally responsible for your child's actions. Parents should closely monitor student use of social media and the Internet. Both parents and students should have a clear understanding of the consequences of poor decision-making.

OPT-OUTS remain in effect for the current school year. If no documentation is on file, it will be assumed that permission for Internet and e-mail usage has been granted.

Please stress to your child the importance of using only his or her account password, and in keeping it secret from other students. Your child should never share his/her password with others. Your child is responsible for any activity that happens with his/her account. We reserve the right to review e-mail and other communications sent or received on the district network to improve student safety and system integrity.

If you have any questions, please contact me at 875-6041. If you want your child to have the opportunity to receive an Electronic Network account or access, please return signed informed consent forms to us as soon as possible.

Sincerely,



Jon Tienhaara
Superintendent

Estimado Padre/s,

Distrito Escolar South Bend está trabajando para asegurar que todos los estudiantes se beneficien plenamente de su educación asistiendo a la escuela regularmente. Asistir a la escuela regularmente ayuda a los niños a sentirse mejor acerca de la escuela y de ellos mismos. Su estudiante puede empezar a construir este hábito en preescolar para que aprendan de inmediato que va a la escuela a tiempo, todos los días es importante. La asistencia constante ayudará a los niños les va bien en la escuela secundaria, la universidad y en el trabajo.

Lo que necesitamos de ustedes

Echamos de menos a su hijo cuando se han ido y valoramos sus contribuciones a nuestra escuela. Nos gustaría que para ayudar a que su hijo asiste regularmente y tiene éxito en la escuela. Si el estudiante va a estar ausente, por favor, póngase en contacto con la escuela de su hijo al (360) 875-5707.

Nuestra promesa a usted

Sabemos que hay una gran variedad de razones por las que los estudiantes están ausentes de la escuela, de los problemas de salud a los desafíos de transporte. Hay gente en nuestros edificios que están preparados para ayudar si usted o sus retos de cara estudiantiles en llegar a la escuela regularmente o en el tiempo. Nos comprometemos a realizar un seguimiento de la asistencia diaria, darse cuenta cuando su hijo no se encuentra en la clase, comunicarse con usted para entender por qué estaban ausentes, y para identificar las barreras y apoyos disponibles para superar los retos que puede enfrentar en ayudar a su estudiante asista a la escuela. Estamos obligados a tomar la asistencia diaria y le notificará cuando el estudiante tiene una ausencia injustificada.

Políticas de la escuela y las leyes estatales

Es importante que entienda nuestras políticas y procedimientos de la escuela, así como la ley del estado de Washington, para asegurar que su hijo tenga éxito en la escuela. La ley estatal de asistencia obligatoria, llamada la ley Becca, requiere que los niños de 8 a 17 años para asistir a una escuela pública, escuela privada, o un programa de escuela de origen aprobado por el distrito. Los niños que son 6 o 7 años de edad, no están obligados a ser matriculados en la escuela. Sin embargo, si los padres inscriban a sus 6 ó 7 años de edad, el estudiante debe asistir a tiempo completo. Si el estudiante tiene siete ausencias injustificadas en un mes o diez ausencias injustificadas en el año escolar, estamos obligados a presentar una petición ante el tribunal de menores, alegando una violación de RCW 28A.225.010, las leyes de asistencia obligatoria.

Su firma indica que ha leído y entendido las políticas y procedimientos de asistencia en el Distrito Escolar de South Bend.

Nombre del estudiante: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Padres militar o Formulario de Afiliación Guardián

Legislatura del Estado de Washington ha ordenado que los datos sobre los estudiantes de familias de militares deben ser recogidos como se indica en RCW 28A.300.507.

A los efectos de la recogida de los datos por favor marque todo lo que corresponda (sólo se necesita una forma por familia):

- Ningún padre o tutor que sirva actualmente como un miembro de las fuerzas de EE.UU. Armadas, las Reservas de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos o la Guardia Nacional de Washington.
- Si un padre / tutor es un miembro actual del servicio activo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos.
- Si un padre / tutor es un miembro actual de las reservas de las Fuerzas Armadas de EE.UU..
- Si un padre / tutor es un miembro actual de la Guardia Nacional de Washington.
- Si más de un padre o tutor es actualmente sea un miembro en servicio activo en las fuerzas de EE.UU. Armadas, las Reservas de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos o la Guardia Nacional de Washington.
- Sin respuesta / No contesta a estado.

Nombre del estudiante: _____ grado: _____

Hermanos _____

Padre / Guardián: _____ fecha: _____

(Nota: Si en cualquier momento durante el año escolar los cambios de estado militares póngase en contacto con personal de la oficina en la escuela de su hijo.)

Encuesta de ingresos familiares del año escolar 2023-24

Responda solo una encuesta de ingresos por hogar.

Envíe este formulario a la siguiente persona:

O

Complételo en línea:

Para garantizar que todos los estudiantes tengan acceso equitativo a una educación pública de alta calidad, las escuelas reciben financiamiento educativo adicional según el número de estudiantes inscritos que provengan de hogares que se encuentren en los niveles designados de ingresos o por debajo de estos. La encuesta de ingresos familiares recopila información sobre los ingresos del hogar, la cual se usará para verificar qué financiamiento adicional podría recibir la escuela. La información proporcionada también podría indicar que su hijo cumple con los requisitos para recibir apoyos adicionales. Es importante que responda esta encuesta.

Paso 1: mencione a **todos los estudiantes** que viven con usted y que asisten a la escuela.

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado

Paso 2: ¿alguno de los estudiantes que mencionó se encuentra en una de las siguientes opciones?:

- Acogida temporal
- Sin hogar
- Servicios educativos para migrantes

Paso 3: ¿alguno de los miembros del hogar participa en uno de los siguientes programas?:

- Alimentos Básicos (Basic Food)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
- Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPPIR)

Paso 4: ingresos del hogar: mencione a todos los miembros del hogar, incluso si no perciben ingresos. Indique los ingresos brutos totales de cada miembro del hogar que mencionó (antes de impuestos y deducciones).

**Pautas para la elegibilidad de los Ingresos
Vigentes desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024**

Número de miembros del hogar	Ingresos				
	Anuales	Mensuales	Dos veces al mes	Quincenales	Semanales
1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	\$36,482	\$3,041	\$1,521	\$1,404	\$702
3	\$45,991	\$3,833	\$1,917	\$1,769	\$885
4	\$55,500	\$4,625	\$2,313	\$2,135	\$1,068
5	\$65,009	\$5,418	\$2,709	\$2,501	\$1,251
6	\$74,518	\$6,210	\$3,105	\$2,867	\$1,434
7	\$84,027	\$7,003	\$3,502	\$3,232	\$1,616
8	\$93,536	\$7,795	\$3,898	\$3,598	\$1,799
Por cada miembro adicional del hogar, sume el siguiente monto:	\$9,509	\$793	\$397	\$366	\$183



Washington State Governor's Office of the Education Ombuds (OEO)

The Washington State Governor's Office of the Education Ombuds (OEO) is an independent state agency that helps to reduce educational opportunity gaps by supporting families, students, educators, and other stakeholders in communities across WA in understanding the K-12 school system and resolving concerns collaboratively. OEO services are free and confidential. Anyone can contact OEO with a question or concern about school.

OEO listens, shares information and referrals, and works informally with families, communities, and schools to address concerns so that every student can fully participate and thrive in our state's public schools. OEO provides support in multiple languages and has telephone interpretation available. To get help or learn more about what OEO does, please visit our website: <https://www.oeo.wa.gov/en>; email oeoinfo@gov.wa.gov, or call: [1-866-297-2597](tel:1-866-297-2597) (interpretation available). (English)

La Oficina de Educación y Resolución de Quejas (OEO, por sus siglas en inglés) es una agencia estatal independiente que ayuda a reducir las brechas de oportunidades educativas al apoyar a familias, estudiantes, educadores y otras partes interesadas en las comunidades de WA para comprender el sistema escolar K-12 y resolver inquietudes colaborativamente. Los servicios de OEO son gratuitos y confidenciales. Cualquiera puede comunicarse con la OEO si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la escuela.

La OEO escucha, comparte información y referencias, y trabaja de manera informal con las familias, las comunidades y las escuelas para abordar las inquietudes para que todos los estudiantes puedan participar plenamente y prosperar en las escuelas públicas de nuestro estado. OEO brinda apoyo en varios idiomas y tiene interpretación telefónica disponible. Para obtener ayuda u obtener más información sobre lo que hace la OEO, visite nuestro sitio web: <https://www.oeo.wa.gov/es>; envíe un correo electrónico a oeoinfo@gov.wa.gov, o llame al: [1-866-297-2597](tel:1-866-297-2597) (interpretación disponible). (Spanish)