

Sumner-Bonney Lake School District

Lista de verificación para la inscripción de estudiantes

Complete esta documentación y entréguela junto con esta hoja de presentación.

- Verificación de residencia

Consulte el formulario para ver los métodos de verificación aceptados. NO se aceptarán paquetes incompletos

- Formulario de inscripción de estudiantes
- Encuesta de idioma en el hogar
- Formulario de certificado de estado de vacunación (CIS)

Nuevos requisitos de documentación sobre vacunación del Washington State Dept. of Health:

Todos los registros de vacunación para el ingreso escolar deben estar verificados por un médico. Uno de los requisitos que se indican a continuación DEBE incluirse en el paquete antes de inscribir al estudiante en la escuela. NO se aceptarán paquetes incomple.

- Formulario del Certificado de estado de vacunación (Certificate of Immunization Status, CIS) impreso de la base de datos del sistema de información de vacunación (Immunization Information System database, IIS), para descargarlo, regístrese en el sitio web <https://wa.myir.net>
- Copia impresa del formulario del CIS completado a mano y validado con la firma de un profesional de la salud
- Copia impresa del formulario del CIS completado a mano POR EL PADRE y validado por el enfermero de la escuela o la persona designada, acompañada de los registros de vacunación

- Formulario de antecedentes de salud
- Cuestionario sobre vivienda para estudiantes
- *Solo jardín de infantes: los niños que ingresan al jardín de infantes deben tener 5 años antes del 31 de agosto; se requiere comprobante de la fecha de nacimiento. Los documentos aceptables incluyen, pero no se limitan a: certificados de nacimiento, hospitalarios, médicos o religiosos, registros de adopción o registros escolares previamente verificados. Para otros formularios, comuníquese con la escuela y lo ayudaremos a comenzar.*

SOLO COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA JARDÍN DE INFANTES:

¿Ha participado el estudiante de jardín de infantes en un programa de aprendizaje temprano o programa preescolar en cualquier distrito escolar del estado de Washington? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "sí", mencione el distrito escolar.

Información de exención del jardín de infantes para el próximo año escolar:

Las solicitudes de exención para nuevos estudiantes de jardín de infantes que tengan un hermano que asista a una escuela no residente pueden completarse con la solicitud en línea ([sitio web](#) de SBLSD). Los documentos de inscripción completados deben entregarse a la escuela no residente. En caso de que se rechacen, los documentos se reenviarán a la escuela residente.

Los solicitudes nuevas de exención intradistritales (dentro del distrito) pueden completarse a través de la solicitud en línea ([sitio web](#) del SBLSD). La escuela solicitada recibirá la solicitud de exención para su consideración. Los documentos de inscripción completados deben entregarse a la escuela residente. Si la exención es aprobada, los documentos de inscripción se enviarán a la escuela solicitada.



A Great Place to Learn.

1202 Wood Avenue
Sumner, Washington 98390

sumnersd.org
tel (253) 891-6058
fax (253) 891-6101

Educational Support Services

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

Para verificar la residencia dentro del Sumner-Bonney Lake School District, DEBE presentar UNO de los documentos que figuran en la lista a continuación actualizado (con fecha de no más de 30 días) que incluya el nombre y la dirección del padre o tutor. Tenga en cuenta que no se aceptan números de casillas de correo como dirección residencial.

- Documentos de compra de propiedades, registros o declaraciones de hipotecas, o declaración de honorarios de asociaciones del propietario de casa
- Contrato de alquiler o renta, y recibos de renta actualizados
- Carta del complejo de departamentos o del parque de casas móviles en hoja membretada, firmada por el propietario y que indique que el padre o tutor reside en la dirección mencionada
- Factura telefónica (línea fija, no celular) en la dirección mencionada
- Declaración de seguro residencial
- Boleta del servicio de recolección de residuos
- Factura del servicio de gas o electricidad
- Factura del servicio de agua
- Factura del servicio de televisión por cable
- Verificación de servicios sociales

Padre/tutor (en letra imprenta): _____

Nombre del estudiante (en letra imprenta): _____

Declaro que el estudiante mencionado reside en la dirección demostrada en uno de los documentos que se mencionaron anteriormente y que se adjunta a este paquete de inscripción. Daré aviso a la escuela, con dos semanas de anticipación, sobre cambios de residencia y acepto proporcionar los nuevos comprobantes de la dirección de la nueva residencia y la declaración actualizada firmada en ese momento. En caso de mudarme fuera de los límites del distrito escolar, acepto que debo presentar un formulario de liberación de asistencia interdistrital (traslado de elección) para solicitar la continuación de la asistencia para este estudiante.

La falsificación de cualquier documento o información que se requiera para la verificación de la residencia o el uso de la dirección de otra persona sin residir allí pueden resultar en la revocación de la inscripción del estudiante en el Sumner-Bonney Lake School District (consulte la Política 3140).

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

UNICAMENTE PARA USO ESCOLAR (For School Use Only)

The attached document(s) show(s) the name and address of the person(s) enrolling the above named student. If not the parent, the Sumner-Bonney Lake School District Certification of Temporary Parental Consent agreement is required for guardianship.

Principal or Designee's Signature: _____ Date: _____

School Name: _____

Additional Comments: _____



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido legal del estudiante _____

Sufijo _____

Nombre legal del estudiante _____

Grado _____

Segundo nombre legal del estudiante _____

Género ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento(día/mes/año) _____

☐ Ni masculino ni femenino exclusivamente¿Se inscribió su hijo alguna vez en el Sumner-Bonney Lake School District? ☐ Sí ☐ No; Si la respuesta es "sí", ¿en qué escuela? _____

¿Alguna vez su hijo asistió a la escuela con un nombre diferente? Si la respuesta es "sí", ¿con qué nombre? _____

Afiliación de familia militar

Los distritos escolares del estado de Washington deben obtener información de las familias sobre su estado militar en servicio activo. Esta información se usa para eliminar las barreras impuestas a los niños de familias militares que les impiden alcanzar el éxito educativo debido a los constantes traslados y asignaciones de sus padres.

Indique a continuación si forma parte de las Fuerzas Armadas, la National Guard o la Reserva de Fuerzas Armadas de EE. UU. y está en servicio activo.Fuerzas Armadas, Guardia Nacional o Reservas de EE. UU. actualmente en servicio activo ☐ No ☐ Sí; en caso afirmativo, indique a continuación:☐ Servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU. ☐ Guardia Nacional ☐ Más de un miembro de las Fuerzas Armadas/Guardia Nacional☐ Reservas de las Fuerzas Armadas de EE.UU.

INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR 1

Padre/tutor 1

Apellido _____ Nombre _____

Relación con el estudiante ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Padre adoptivo ☐ Otra _____

Teléfono particular (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____ Teléfono laboral (_____) _____ Ext.: _____

Marque si no aparece en la lista ☐Número telefónico de contacto principal (marque uno) ☐ particular ☐ celular ☐ laboral Correo electrónico _____

Dirección _____ Dpto. n.º _____ Ciudad, estado, código postal _____

Dirección postal/Casilla de correo _____ Ciudad, estado, código postal _____

(Complete si es diferente a la dirección)

Padre/tutor 2

Apellido _____ Nombre _____

Relación con el estudiante ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Padre adoptivo ☐ Otra _____

Teléfono celular (_____) _____ Teléfono laboral (_____) _____ Ext.: _____

el correo electrónico _____

INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR 2

Padre/tutor 1

Apellido _____ Nombre _____

Relación con el estudiante ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Padre adoptivo ☐ Otra _____

Teléfono particular (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____ Teléfono laboral (_____) _____ Ext.: _____

Marque si no aparece en la lista ☐Número telefónico de contacto principal (marque uno) ☐ particular ☐ celular ☐ laboral Correo electrónico _____

Dirección _____ Dpto. n.º _____ Ciudad, estado, código postal _____

Dirección postal/Casilla de correo _____ Ciudad, estado, código postal _____

(Complete si es diferente a la dirección)

Padre/tutor 2

Apellido _____ Nombre _____

Relación con el estudiante ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Padre adoptivo ☐ Otra _____

Teléfono celular (_____) _____ Teléfono laboral (_____) _____ Ext.: _____

el correo electrónico _____

OTROS HIJOS QUE ASISTEN AL SUMNER-BONNEY LAKE SCHOOL DISTRICT

Apellido legal _____	Nombre legal _____	Escuela _____	Grado _____
Apellido legal _____	Nombre legal _____	Escuela _____	Grado _____
Apellido legal _____	Nombre legal _____	Escuela _____	Grado _____
Apellido legal _____	Nombre legal _____	Escuela _____	Grado _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (UN NOMBRE POR LÍNEA)

Nombre (que no sea el tutor) _____	Relación con el estudiante _____
Número de teléfono () _____	☐ particular ☐ celular ☐ laboral

Nombre (que no sea el tutor) _____	Relación con el estudiante _____
Número de teléfono () _____	☐ particular ☐ celular ☐ laboral

Nombre (que no sea el tutor) _____	Relación con el estudiante _____
Número telefónico () _____	☐ particular ☐ celular ☐ laboral

Nombre (que no sea el tutor) _____	Relación con el estudiante _____
Número de teléfono () _____	☐ particular ☐ celular ☐ laboral

ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

Nombre de la última escuela a la que asistió _____ Distrito _____ Ciudad _____ Estado _____

¿Alguna vez su hijo fue retenido? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "sí", ¿en qué nivel de grado? _____

¿Alguna vez su hijo recibió los servicios de alguno de los programas siguientes? Marque todos los programas que correspondan.

☐ Educación especial (incluido el habla) ☐ Adaptaciones del plan 504 ☐ Muy capaz ☐ ELL ☐ Servicios del Título 1 ☐ Servicios del LAP ☐ Servicios para migrantes

Nombre de la escuela donde se recibieron los servicios _____ Fecha _____

En los últimos dos años, ¿ha debido trasladarse para encontrar trabajo en agricultura? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene su hijo medidas disciplinarias pasadas, actuales o pendientes, o antecedentes de comportamiento violento? ☐ Sí ☐ No Fecha _____

En este momento, ¿está su hijo suspendido o ha sido expulsado de otra escuela? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", mencione el motivo _____

¿Existe algún plan de crianza o custodia compartida en vigencia? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "sí", debe adjuntar una copia del plan más reciente para controlar su cumplimiento y archivar en la escuela.

¿Existe una orden de restricción en contra de alguna persona con respecto al estudiante? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "sí", debe adjuntar una copia de los documentos legales certificados para controlar su cumplimiento y archivar en la escuela.

Orden de restricción en contra de ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro _____

CUIDADO INFANTIL

¿Asiste el estudiante a cuidado infantil? ☐ Antes de la escuela ☐ Después de la escuela ☐ Antes y después de la escuela

Nombre del proveedor _____ Número telefónico () _____

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____

Sumner-Bonney Lake School District Formulario de recolección de datos sobre raza y etnia

Los distritos escolares del estado de Washington deben informar a la Office of Superintendent of Public Instruction del estado los datos de los estudiantes categorizados por raza y etnia. Las categorías de raza y etnia que se usan en nuestro distrito son las mismas que las que se usan en todos los distritos escolares de Washington. El gobierno de la nación, la legislatura del estado de Washington y el Superintendente de Instrucción Pública del estado son los encargados de establecer estas categorías. Si los padres, tutores o los estudiantes no proporcionan información sobre etnia y raza, los distritos son los responsables de asignar las categorías en función de lo que observen. **Seleccione etnia y raza. Además, asegúrese de colocar su firma y la fecha en la página 2 de este formulario.**

Etnia del estado: ¿Es su hijo de origen hispano o latino? (Si la respuesta es "sí", marque todas las opciones que correspondan) _____ Sí _____ No (H01)

☐	Hispano (H00)	☐	Cubano (H09)	☐	Mestizo (H17)	☐	Salvadoreño (H24)
☐	Argentino (H02)	☐	Dominicano (H10)	☐	Nativo (H18)	☐	Español (H25)
☐	Boliviano (H03)	☐	Ecuatoriano (H11)	☐	Nicaragüense (H19)	☐	Surinamés (H26)
☐	Brasileño (H04)	☐	Guatemalteco (H12)	☐	Panameño (H20)	☐	Uruguayo (H27)
☐	Chicano (estadounidense de ascendencia mexicana) (H06)	☐	Guyanés (H13)	☐	Paraguayo (H21)	☐	Venezolano (H28)
☐	Chileno (H06)	☐	Hondureño (H14)	☐	Peruano (H22)	☐	_____
☐	Colombiano (H07)	☐	Jamaiquino (H15)	☐	Portorriqueño (H23)	Si es hispano o latino, escriba (H29) arriba	
☐	Costarricense (H08)	☐	Mexicano (H16)				

Raza estatal y federal: ¿A qué raza considera que pertenece su hijo (marque todas las opciones que correspondan) ?

Raza – indoeestadounidense o nativo de Alaska			
☐	Indoeestadounidense o nativo de Alaska (N00)	☐	_____
			Si es nativo de Alaska, escriba (N36) arriba
☐		☐	_____
			Si es indoeestadounidense, escriba (N37) arriba

Tribus del estado de Washington			
☐	Tribu Chinook (N01)	☐	Tribu Puyallup de la Reserva Puyallup (N19)
☐	Tribus y Bandas Confederadas de la Nación Yakama (N02)	☐	Tribu Quileute de la Reserva Quileute (N20)
☐	Tribus Confederadas de la Reserva Chehalis (N03)	☐	Nación india Quinault (N21)
☐	Tribus Confederadas de la Reserva Colville (N04)	☐	Nación india Samish (N22)
☐	Tribu india Cowlitz (N05)	☐	Tribu india Sauk-Suiattle de Washington (N23)
☐	Tribu Duwamish (N06)	☐	Tribu india de Shoalwater Bay/Reserva india Shoalwater Bay (N24)
☐	Tribu india Hoh (N07)	☐	Tribu india Skokomish (N25)
☐	Tribu Jamestown S’Klallam (N08)	☐	Tribu Snohomish (N26)
☐	Comunidad india Kalispel/Reserva Kalispel (N09)	☐	Tribu india Snoqualmie (N27)
☐	Tribu india Kikiallus (N10)	☐	Tribu Snoqualmoo (N28)
☐	Comunidad tribal Lower Elwha (N11)	☐	Tribu Spokane de la Reserva Spokane (N29)
☐	Tribu Lummi de la Reserva Lummi (N12)	☐	Tribu de Squaxin Island de la Reserva Squaxin Island (N30)
☐	Tribu india Makah/Reserva india Makah (N13)	☐	Tribu Steilacoom (N31)
☐	Tribu Marietta Band of Nooksack (N14)	☐	Tribu Stillaguamish de indios de Washington (N32)
☐	Tribu india Muckleshoot (N15)	☐	Tribu india Suquamish de la Reserva de Port Madison (N33)
☐	Tribu india Nisqually (N16)	☐	Comunidad tribal india Swinomish (N34)
☐	Tribu india Nooksack de Washington (N17)	☐	Tribus Tulalip de Washington (N35)
☐	Tribu Port Gamble S’Klallam (N18)		

Raza (asiática)							
☐	Asiático (A00)	☐	Filipino (A08)	☐	Mongol (A16)	☐	Tailandés (A24)
☐	Indio asiático (A01)	☐	Hmong (A09)	☐	Nepalí (A17)	☐	Tibetano (A25)
☐	Bangladesí (A02)	☐	Indonesio (A10)	☐	Okinawense (A18)	☐	Vietnamita (A26)
☐	Butanés (A03)	☐	Japonés (A11)	☐	Paquistaní (A19)	☐	_____
☐	Birmano/de Myanmar (A04)	☐	Coreano (A12)	☐	Punjabí (A20)	Si es asiático, escriba (A27)	
☐	Camboyano (A05)	☐	Lao (A13)	☐	Singapurense (A21)		
☐	Shaman (A06)	☐	Malayo (A14)	☐	Srilanqués (A22)		
☐	Chino (A07)	☐	Mien (A15)	☐	Taiwanés (A23)		

Raza (negro/afroestadounidense)							
☐	Negro/afroestadounidense	☐		☐		☐	
☐	Negro/afroestadounidense (B00)	☐	Afroestadounidense (B01)	☐	Afrocanadiense (B02)	☐	_____
							Si es blanco, escriba (C02) arriba

Caribeño

Anguilano (B03)

Antiguano (B04)

Bahameño (B05)

Barbadense (B06)

Isleño de las Islas Vírgenes Británicas (B08)

Caimanés (Isla Caimán) (B09)

Dominicano de Cuba (B10)

Dominicano (B11)

Antillano neerlandés (B12)

Grenadino (B13)

Guadelupiano (B14)

Haitiano (B15)

Portorriqueño (B19)

Jamaquino (B16)

Martiniqués (B17)

Montserratense (B18)

Bartolomense (B07)

Centroafricano

Angoleño (B21)

Congoleño (República Democrática del Congo) (B26)

Chadiano (B24)

Congoleño (República del Congo) (B25)

Príncipeño (B30)

Gabonés (B28)

Santotomense (B29)

Centroafricano (B23)

Camerunés (B22)

Ecuatoguineano (B27)

Africano del este

Burundí (B32)

Comorense (B33)

Djibouti (B34)

Eritreo (B35)

Etiope (B36)

Keniano (B37)

Malgache (Madagascar) B38)

Malawiano (B39)

Mauriciano (Mauricio) (B40)

Maorí (Mayotte) (B41)

Mozambiqueño (B42)

Reunionés (B43)

Ruandés (B44)

Seychellés (B45)

Somalí (B46)

Sudanés del sur (B47)

Sudanés (B48)

Ugandés (B49)

Tanzano (B50)

Zambiano (B51)

Zimbabuense (B52)

Latinoamericano

Argentino (B54)

Beliceño (B55)

Boliviano (B56)

Brasileño (B57)

Chileno (B58)

Colombiano (B59)

Costarricense (B60)

Ecuatoriano (B61)

Salvadoreño (B62)

Malvinense (B63)

Guyano francés (B64)

Guatemalteco (B65)

Guyanés (B66)

Hondureño (B67)

Mexicano (B68)

Nicaragüense (B69)

Panameño (B70)

Paraguayo (B71)

Peruano (B72)

De las islas Georgia y Sándwich del sur (B73)

Surinamés (B74)

Uruguayo (B75)

Venezolano (B76)

Sudafricano

Botsuanés (B84)

Sudafricano (B81)

Namibio (B80)

Suazi (B82)

Mosoto (Lesoto) B79)

Africano del oeste

Beninés (B84)

Bisauguineano (B85)

Burkinés (Burkina Faso) (B86)

Caboverdiano (B87)

Marfileño (Costa de Marfil) (B88)

Gambiano (B89)

Ghanés (B90)

Liberiano (B91)

Maliense (B92)

Mauritano (B93)

Nigeriano (B94)

Nigeriano (Nigeria) (B95)

Santaelenense (B96)

Senegalés (B97)

Sierraleonés (B98)

Togolés (B99)

Raza – nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico (P00)

Isleño del Pacífico

Carolino (P01)

Chamorro (P02)

Chuukés (P03)

Fiyiano (P04)

i-Kiribati/gilbertés (P05)

Kosraeano (P06)

Maorí (P07)

Marshalés (P08)

Hawaiano nativo (P09)

Ni-Vanuatu (P10)

Palauano (P11)

Papú (P12)

Pompeyo (P13)

Samoano (P14)

Isleño de Solomon (P15)

Tahitiano (P16)

Tokelauano (P17)

Tongano (P18)

Tuvalés (P19)

Yapés (P20)

Raza - blanco

Blanco (W00)

Europeo del este

Bosnio (W01)

Herzegovino (W02)

Polaco (W03)

Rumano (W04)

Ruso (W05)

Ucraniano (W06)

Africano del norte/medio oriente

Argelino (W08)

Amaziges o bereberes (W09)

Árabe o arábigo (W10)

Asirio (W11)

Bahreíní (W12)

Beduino (W13)

Caldeo (W14)

Copto (W15)

Druso (W16)

Egipto (W17)

Emiratí (W18)

Iraní (W19)

Iraqí (W20)

Israelí (W21)

Jordano (W22)

Kurdo Kuwaití (W23)

Libanés (W24)

Libio (W25)

Marroquí (W26)

Omaní (W27)

Palestino (W28)

Catarí (W29)

Saudí (W30)

Sirio (W31)

Tunecino (W32)

Yemení (W33)

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Página 4 de 5

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La ley federal prohíbe a los distritos escolares divulgar la información contenida en los archivos de los estudiantes sin el permiso de padres o tutores, a excepción de lo que se denomina información de directorio. La información de directorio puede divulgarse de conformidad con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) de 1974. El distrito no divulgará información de directorio con fines comerciales.

Los padres de los estudiantes menores de 18 años y mayores de 18 años tienen el derecho de indicar al distrito escolar y a sus escuelas que conserven la privacidad de la información de directorio. En caso de que decida pedir al distrito que retenga la información y no la divulgue para uso público o del distrito, recuerde que el distrito no divulgará ni publicará ningún tipo de información sobre su hijo, por ningún motivo.

Si desea proteger la privacidad de la información de directorio de su hijo, debe completar un Formulario de Retención de Información de Directorio. Puede encontrar este formulario en línea en www.sumnersd.org/FERPA. Luego, debe presentarlo en la escuela de su hijo. Este formulario debe presentarse al inicio de cada año escolar. A menos que se reciba el Formulario de Retención de Información de Directorio, se puede divulgar la información designada sin mediar un consentimiento escrito.

Admisión a la educación superior

Autorizo la distribución de la información demográfica y de grado de este estudiante a instituciones de educación superior: ☐ Sí ☐ No Firma del padre o tutor: _____

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

La información en este formulario es verdadera y precisa al día de la fecha. Comprendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o la asignación puede causar la revocación de la inscripción o la asignación del estudiante a una escuela del Sumner-Bonney Lake School District.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha _____

Empleador que brinda igualdad de oportunidades

El Sumner-Bonney Lake School District cumple con todas las normas y regulaciones federales y estatales vigentes y no ejerce la discriminación por motivos de raza, credo, color, nacionalidad, familias con hijos, sexo, estado civil, orientación sexual, edad, estado de militar o veterano retirado con honores, ni por la presencia de discapacidades sensoriales, mentales ni físicas, ni por el uso de un perro guía o un animal de servicio por parte de la persona con la discapacidad. Esto se aplica a todas las oportunidades laborales del distrito. Las consultas con respecto a procedimientos de cumplimiento o reclamo deben dirigirse al oficial de Igualdad de oportunidades del distrito escolar o al coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA)/Sección 504.

Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW) 49.60.010.

Número telefónico de la oficina del distrito: 253-891-6000

Oficial de Igualdad de Oportunidades/Título IX: Adrienne Chacon

Coordinador de ADA/Sección 504: Karen Finigan



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 _____			
Derecho a los servicios de traducción o interpretación 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.	1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____ b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)? Nombre del padre/madre/tutor 1: _____ ¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No Idioma _____ Nombre del padre/madre/tutor 2: _____ ¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No Idioma _____		
Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas 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.	2. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a)? _____ 3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____ 4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____ 5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ____ No ____ No sé ____		
Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa: • 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. Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.	6. ¿En qué país nació su hijo? _____ 7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ____ Sí ____ No Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____ 8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) _____ Mes Día Año		

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.



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

Fecha

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

Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil

●▲ 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 (*Haemophilus influenzae* tipo b)

●▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)

●▲ OPV (polio)

●▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)

● PCV/PPSV (antineumocócica)

●▲ Varicela

☐ Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS

Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)

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.

☐ Diphtheria ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B

☐ Hib ☐ Measles ☐ Mumps

☐ Rubella ☐ Tetanus ☐ Varicella

☐ 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		

Si usted tiene una discapacidad y necesita este documento en otro formato, por favor llame al 1-800-525-0127 (servicio TDD/TTY 711).

DOH 348-013 June 2021

Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?

Vacunas obligatorias para el año escolar 2022-2023



Instrucciones: Busque el grado de su hijo para ver cuáles son las vacunas obligatorias para asistir a la escuela. Observe la fila correspondiente en la página para averiguar la cantidad de vacunas requeridas para que su hijo pueda ingresar a la escuela.

	DTaP/Tdap (difteria, tétanos, tos ferina)	Hepatitis B	Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)	MMR (sarampión, paperas, rubéola)	PCV (neumocócica conjugada)	Polio	Varicela
Prescolar Desde los 19 meses hasta antes de cumplir los 4 años el 01/09/2022	4 dosis de DTaP	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna)	1 dosis	4 dosis*	3 dosis	1 dosis**
Prescolar/jardín de infantes de transición Con 4 años o mayor el 01/09/2022	5 dosis de DTaP*	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna) (No obligatoria a partir de los 5 años)	2 dosis	4 dosis* (No obligatoria a partir de los 5 años)	4 dosis*	2 dosis**
Jardín de infantes hasta 6.º grado	5 dosis de DTaP*	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
De 7.º grado a 9.º grado	5 dosis de DTaP* Más Tdap a partir de los 10 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
De 10.º grado a 12.º grado	5 dosis de DTaP* Más Tdap a partir de los 7 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**

* Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron. ** También es posible que el proveedor de atención médica verifique los antecedentes de varicela. Los estudiantes deben recibir las dosis de las vacunas en los plazos correctos para cumplir con los requisitos de la escuela. Hable con su proveedor de atención médica o con el personal de la escuela si tiene alguna pregunta.

Puede encontrar información sobre otras vacunas importantes que no son obligatorias para la asistencia a la escuela en www.immunize.org/cdc/schedules.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127.

Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (Washington Relay)

o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

Historial de salud del estudiante

Apellido de la estudiante _____ nombre de pila _____ Fecha de nacimiento _____

a ley del estado requiere que los estudiantes con enfermedades de riesgo de vida como anafilaxia, asma grave, diabetes o convulsiones completen un plan de atención antes del primer día de clases. Comuníquese con el enfermero escolar tan pronto como sea posible para completar los formularios correspondientes.

¿Tiene su hijo una enfermedad de RIESGO DE VIDA? ☐ Sí ☐ No

HISTORIAL MÉDICO (marque todas las opciones que correspondan)

Enfermedades de riesgo de vida: (El plan de atención es OBLIGATORIO)

- EG ☐ Anafilaxia (Epinefrina recetada)
 Alérgenos:: _____
 EK ☐ Diabetes Tipo 1
 NP ☐ Convulsiones (Se necesita medicamento de emergencia)
 RG ☐ Asma - grave
☐ Otras enfermedades de riesgo de vida: _____

Congénitas/genéticas

- AH ☐ Síndrome de Down
 AJ ☐ Trastorno del espectro alcohólico fetal
☐ Otro, indicar: _____

Blood / Hematology

- BA ☐ Anemia
 BB ☐ Hemofilia
 BC ☐ Drepanocito: Enfermedad _____ Tratamiento _____
 OJ ☐ Antecedentes de sangrado nasal grave
☐ Otras enfermedades en la sangre: _____

Cardíaca/corazón

- CC ☐ Defecto cardíaco congénito
 CD ☐ Soplo
☐ Otra condición cardiovascular: _____

Alergia, Inmune, Endocina, Metabólica y Nutricional

- ED ☐ Alergia: Alimentos _____
 EE ☐ Alergia: Insecto _____
☐ Otra Alergia: _____
 EL ☐ Diabetes Tipo 2
☐ Otras Alergia, Inmune, Endocina, Metabólica y Nutricional: _____

Gastrointestinales, Dentales y Orales

- GA ☐ Enfermedad celíaca
 GG ☐ Intolerancia alimentaria, por favor enumere: _____
 GL ☐ Intolerancia a la lactosa
 GF ☐ Encopresis
 GO ☐ Constipación crónica
 GH ☐ Reflujo gástrico
 GJ ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal
 GK ☐ Síndrome del intestino irritable
☐ Otras afecciones gastrointestinales, hepáticas, dentales u orales _____

Musculoesquelético

- MC ☐ Reumatismo juvenil / Artritis idiopática
☐ Otro, indicar: _____

Cáncer / Tumor

- ☐ Por favor enumere: _____

Sistema Nervioso

- NB ☐ ADHD / ADD diagnosticado por: _____
 NC ☐ Desorden del espectro autista
 NE ☐ Parálisis cerebral
 NF ☐ La discapacidad del Desarrollo
 NH ☐ Migrañas
 NI ☐ Dolores de cabeza recurrentes
 NP ☐ Trastorno convulsivo, ☐ Actual ☐ Historia de, Tipo: _____
 NU ☐ Lesión cerebral traumática
☐ Otra Condición Neurológica: _____

Transplante

- OD ☐ Listar órgano y fecha: _____

Salud Mental o del Comportamiento

- PA ☐ Ansiedad
 PC ☐ Depresión
 PH ☐ Trastorno del sueño
☐ Otra condición de Salud Mental o del Comportamiento: _____

Respiratorio / Respiración

- RG ☐ Asma - Actual
 RH ☐ Asma - Alguna vez diagnosticado
 RA ☐ Asma - Ejercicio inducido
 RE ☐ Enfermedad reactiva de las vías respiratorias
☐ Otra condición respiratoria: _____

Piel

- SB ☐ Eczema, Dermatitis de contacto or Soriasis
☐ Otra condición de la piel: _____

Urinario / Genital

- ☐ Por favor enumere: _____

Oído / Audiencia

- YA ☐ Infecciones, ☐ Actual ☐ Historia de
 YB ☐ Personas con discapacidad auditiva,
☐ Audífonos ☐ Implante Cochlear
☐ Otra condición del oído: _____

Ojo / Visión

- YF ☐ Usa anteojos/ contactos
 YE ☐ Déficit de visión de color
 YD ☐ Discapacidad visual
☐ Otra condición ocular: _____

Otra problemas de salud

- ☐ Por favor enumere: _____

Historial de salud del estudiante (continuación)

Apellido de la estudiante _____ nombre de pila _____ Fecha de nacimiento _____

Depositos Médicos

- OLA ☐ Estimulador del Nervio Vago
OLB ☐ Desfibrilador cardíaco interno automático
OLC ☐ Marcapasos
OLD ☐ Sonda de Gastrostomía
OLE ☐ Sonda de yeyunostomía
☐ Aparato ortopédico
☐ Prótesis, Por favor enumere: _____
☐ Otra dispositivos médicos: _____

Estoma

- OKA ☐ Gastrostomía
OKB ☐ Colostomía
OKD ☐ Traqueotomía
OKE ☐ Urostomía
OK ☐ Otra, Por favor enumere: _____

Problemas de actividad física/movilidad:

- ☐ Silla de ruedas
☐ Muletas
☐ Otra, Por favor enumere: _____

OC ☐ Sin problemas de salud conocidos

Por favor inicial: _____

Medicamentos

Favor reporte todos los medicamentos que su estudiante toma en casa y/o en escuela.

¿Se necesita medicación **en casa**? ☐ No ☐ Sí, Por favor enumere: _____

¿Se necesitan medicamentos **en la escuela**? ☐ No ☐ Sí, Por favor enumere: _____

Completar el papeleo REQUERIDO para medicamentos en la escuela.

La ley estatal requiere el permiso por escrito del tutor y un proveedor de atención médica antes de que se pueda tomar cualquier medicamento (recetado y de venta libre) en la escuela. Los formularios están disponibles en la oficina de su escuela o en el sitio web de nuestro distrito y deben completarse cada año calendario.

Entiendo que la información que proporcioné se compartirá con el personal escolar apropiado que necesita saber para garantizar la salud y la seguridad de mi estudiante. Si no se puede contactar a los padres/tutores o contactos de emergencia autorizados en el momento de una emergencia médica, y si la atención inmediata es urgente a juicio de las autoridades escolares, autoizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante al hospital o al médico más fácilmente accesible. Entiendo que asumiré toda la responsabilidad por el pago de los servicios prestados.

Entiendo que la ley de Washington requiere que las vacunas de mi estudiante estén completas o sean condicionales antes de comenzar la escuela. Doy permiso para que la escuela de mi hijo agregue información de vacunas al Sistema de información de vacunas para ayudar a la escuela a mantener el registro escolar de mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

Immunization Verification (office use only)

WAIS # _____ CIS Series: ☐ Preschool ☐ Grade K-6 ☐ Grade 7 ☐ Grade 8-12

☐ Immunization Status is COMPLETE on the WAIS Certificate of Immunization Status (CIS).

OR

☐ Immunization Status is CONDITIONAL on the WAIS CIS and the conditional status expiration date is after the first day of attendance.

☐ Parent / Guardian has signed the conditional status acknowledgement on the CIS.

OR

☐ Student is not in WAIS. **Medically verified immunization records must be provided.**

☐ Medically verified immunization records provided

☐ Permissions to enter statement signed

OR

☐ Certificate of Exemption (COE) provided for all vaccines not in compliance on WAIS CIS or in WAIS.

☐ COE is fully completed

☐ Permissions to enter statement signed

OR

☐ Immunization Status is NOT COMPLETE on the WAIS CIS. **Student may not start school until documentation of missing immunization is received that will change the CIS status to COMPLETE or CONDITIONAL.**

☐ Student is added to School Module Roster, Grade: _____

Staff who verified immunizations _____ Date _____

**SUMNER-BONNEY LAKE SCHOOL DISTRICT**
A GREAT PLACE TO LEARN**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 | ☐ Un automóvil, parque, campamento o lugar similar |
| ☐ En un refugio | ☐ Vivienda de transición |
| ☐ Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos | ☐ Otro _____ |
| ☐ En la casa o departamento de alguien más, con otra familia | |
| ☐ En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) | |

Nombre del estudiante: _____
Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

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

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:

Amanda Mangan
Enlace del Distrito

253-891-6135
Número de teléfono

Entregar este formulario a la oficina de la escuela
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

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).

(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:

[National Center for Homeless Education](#)

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



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)