

\*For office use only\*

Date Received: \_

# **2024-2025** Formulario de Inscripción para los Programas de Educación Temprana de Richfield

| Apellido del estudi  | ante   | Prim  | er nombre  | Fecha de nacimiento//_   |
|--|--|---|--|--|
| Apellido del padre/  | /madre   |   | Primer nombre  | 9  |
| Teléfono del padre   | e/madre  | Em  | nail   |  |
| Eligibilidad de ac<br>Todas las cla<br>Por fav<br>(1=prime<br>Todos las cl | uerd <sup>o</sup> a la f<br>ases son e<br>or, clasifiq<br>era opción<br>ases son e | ercha de nacimiento 9/2/2020 - 9/1/2021 en el Centro de Educación Central ue por orden de preferencia , 2=segunda, 3=tercera, etc.) en el Centro de Educación Central | Eligibilidad de acuerdo<br>Por favor, cla<br>(1=primera op | arten para cuatro años (gratis) a la fercha de nacimiento 9/2/2019 - 9/1/2020 asifique por orden de preferencia oción, 2=segunda, 3=tercera, etc.) |
|  |  | a mañana; 8:45 -11:15 AM<br>e la tarde; 12:30 - 3 PM  |  | RDLS<br>(90% Español/10% Inglés )<br>7:30-10 AM  |
| 2 Días:  |  | 3 Días:   | 12:10 - 2:40 PM  | 11:30 AM -2 PM <b>Central</b><br>8:45 -11:15 AM  |
| Martes, Juev   |  | Lunes, Miercoles, Viernes AMLunes, Miercoles, Viernes PM  | Sheridan Hills8:10 - 10:40 AM12:10 - 2:40 PM               | STEM12:30 - 3 PM   |
| _  | _  |   |  | 11:30 AM - 2 PM  |
| Prees  | scola  | r Enriquecimiento Es  | spañol para ti<br>ara niños de 3 años)                     | res y cuatro años.   |
|  |  |   | 5 días a la semana   |  |
|  |  | 8:45 -11:15 AN  | 12:30 - 3 PM   |  |
|  |  | **Los horarios estái  | n sujetos a cambio**                                       |  |
|  |  | Eligibilidad p  |  |  |
|  |  |   |  | eda compensar el costo del preescolar!   |
| _  |  | ·   |  | l ingreso anual de su hogar?   |
|  |  | (Opcional) La escuela del distrito lo<br>utilizarán su información de acuerd  |  |  |
|  |  | o aprobado (padre/madre):   |  |  |
| <ol><li>Situación labora<br/>buscando empleo</li></ol>                     | al actual: [   | Tiempo completo Medio tiempo  | Desempleado/a busca  | ındo empleoDesempleado/a no  |
| 3) ¿Cómo se ente   | ró de esto:  | s programas?  |  |  |
| Catálogo de Ed   | lucación C   | comunitaria   | /amigo(a) □Correo □(                                       | Otro:  |
| •  |  | cada uno de los siguientes:   |  |  |
| ·  |  |   |  | sponibles para aquellos que califiquen.  |
|  |  | medica de su desarollo.   | nente para ir ai bano cu                                   | uando empiece la escuela, al menos haya  |
| familiares. Es   | toy consci   |   |  | ponibilidad de transporte & otros factores<br>s partes del paquete se hayan entregado y  |
| en este progr  | ama. Para  |   | ción temprana, por favoi                                   | i, tiene que tener una para poder participar<br>r llame al 612-243-3048, mande un correo   |
|  |  | rama cumple las guías y procedimiento<br>procedimientos están sujetos a cambio  |  | ıl de Padres de Familia de Educación   |
| •  | •  |   |  | _Fecha:  |
|  |  | richfield.ce.eleyo.com o devuelv<br>field MN 55423 ~ Teléfono: (612) 2  |  | al Centro de Educación Central<br>243-3067 ~ earlylearning@rpsmn.org   |



| Escuela |
|---------|
|---------|

| (R)   RICH   | IFIELD   |  |  | Esc                                 | uela   |   |
|--|--|--|--|-------------------------------------|--|---|
| PUBLIC   | SCHOOLS  | HOJA DE INSC   | RIPCIÓN A LA ESCUEL  | Α.                                  |  |   |
| ombre legal estudiar   | nte  | _  |  |                                     |  |   |
| _  | (apellido(s))  | (1   | nombre)  | (seg                                | undo nombre)   | (grado a cursar)                                |
| :ha  |  |  |  |                                     |  |   |
| nacimiento/  | / Sexo al no   | i <b>cer:</b> □Hombre  | □Mujer <b>Identidad de</b>                                       | <b>género</b> (op                   | cional)  |   |
| rección  |  |  |  |                                     |  |   |
| reccion  | (número y nombre de la calle)  | (número a  | partamento) (ciudad)   |                                     | (estado)   | (código postal)                                 |
|  | agamos esta pregunta. Las respuestas ay  |  | a financiación y los recursos                                    | para los estudia                    | ıntes de inglés en nuestr                            | as escuelas. No                                 |
| • .  | entación ni compartimos las respuestas a<br>Si es dis  |  | :UU den aué mes/aí   | ño se mudó                          | a los FFUU?  |   |
| gar ac nacimemo  |  |  |  |                                     |  |   |
| ioma del hogar   | ¿Padres  | en servicio mil  | itar activo? □Sí □No   | Está el estu                        | udiante sin hogar                                    | ?□Sí □No  |
| studió antes en Richfie  | eld? □Sí □No ¿Ha   | asistido el/la e   | estudiante a otra esc  | uela en Mir                         | nnesota? □Sí □N                                      | 0   |
| tima escuela a la que c  | asistió  |  |  |                                     |  |   |
|  | (nombre de la escuela)   |  | (ciudad)   |                                     | (estado)   | (código postal                                  |
| Se ha identificado al/c  | a la estudiante para alguno d  | e estos servici  | os?  | Sólo pa                             | ra el Kínder:  |   |
| □ Plan 504 □ Estudia   | ınte del idioma inglés 🗆 Dotado  | o v talentoso  | ☐ Tiítulo I  | ¿Ha hec                             | ho la evaluación d                                   | e desarrollo                                    |
|  |  |  |  | preescolo                           | ar? □Sí □No  |   |
| □ Educación especial – ¿Ti   | iene un IEP/IFSP? □Sí □No En cas   | o afirmativo, ma   | rque lo siguiente:   | En caso a                           | firmativo, żdónde_                                   |   |
| $\square$ Emocional/Comport  | ramiento (EBD) 🗆 Discapacidad  | l de aprendizaje   | (SLD)  | Asistió d<br>Sí □N                  | a un programa de                                     | preescolar?                                     |
| ☐ Trastorno del espec  | tro del autismo (ASD)□ Otro  |  |  |                                     | o<br>ifirmativo, ¿dónde?                             |   |
| ıdre/Tutor legal (1)   |  |  |  |                                     |  |   |
|  | (apellido(s)) Relación con el/la e   | octudianto   | (nombre)   | Email                               | (inicial 2nd nombre)                                 |   |
|  |  |  |  |                                     |  | , N   |
|  |  |  |  | ,                                   |  | í No  |
|  | Teléfono de celula:  | ()   | lelétono del   | trabajo (                           | )  |   |
| presa/Patrón:  |  |  |  |                                     |  |   |
| adre/Tutor legal (2)   | pellido(s)) (nombre)   |  | nicial 2nd nombre)   |                                     |  |   |
| ·  | Relación con el/la   | ,  | •  | Email                               |  |   |
|  | Keldcion con ei/id   | estodidille  |  |                                     | unto con unto d2                                     | Cí Na   |
| rección  | T 1//  | , ,  |  | •                                   | ante con usted?                                      | Sí No   |
| eléfono de casa ( <u>    )                                </u>   |  | ır ( <u>)</u>  | Teléfono del   | trabajo                             | ()   |   |
| npresa/Patrón:   |  |  |  |                                     |  |   |
|  |  | Fecha Nacimiento   |  |                                     |  |   |
| Apellido(s)  | Nombre Inicial   | Mes/Día/Año  | legales mencionados an   | teriormente                         | (si es aplicable)                                    | Grado   |
|  |  |  |  |                                     |  |   |
|  |  |  |  |                                     |  |   |
|  |  |  |  |                                     |  |   |
| manente de un estudiante y est<br>nbre del estudiante, la escuela d<br>leral a menos que el distrito reci<br>vacidad de los archivos de los es | linnesota requieren que el distrito escolo<br>tará disponible para los miembros pertin<br>a que asiste, su grado, el nombre de los<br>ba una solicitud por escrito de uno de los<br>studiantes está disponible en www.richfi<br>CIÓN AQUÍ DESCRITA ES CORRECT. | entes del personal d<br>padres, dirección y t<br>padres pidiendo qu<br>eldschools.org. | lel Distrito 280. Cierta inforn<br>teléfono, esta disponible par | nación conocida<br>a las personas q | como "directory inform<br>jue reclutan en la milicio | ation", que incluye e<br>1 y para el publico el |
|  | CION AGOI DESCRITA ES CORRECT.   |  |  |                                     | Fecha  |   |
| FICE USE ONLY:   |  |  |  |                                     |  |   |
|  |  |  |  |                                     |  |   |
| tudent ID number:  | Start date:  |  | School number:   |                                     | Last locn cod  | le:   |

#### Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota

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

Información del estudiante

| Nombre completo del estudiante:<br>(Apellido, Nombre, Segundo Nombre)   |  | Fecha de nacimiento o identificación del estudiante                      |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
|   |  | _ <del>,</del>   |  |  |  |  |  |
|   | Marque la frase que mejor describe a su estudiante:                                  | Indique el (los) idioma (s) aparte<br>del inglés en el espacio provisto: |  |  |  |  |  |
| 1. Mi estudiante primero aprendió:  | idioma(s) aparte del inglés inglés e idioma(s) aparte del inglés solo inglés.        |  |  |  |  |  |  |
| 2. Mi estudiante habla:   | idioma(s) aparte del inglés.<br>inglés e idioma(s) aparte del inglés<br>solo inglés. |  |  |  |  |  |  |
| 3. Mi estudiante entiende:  | idioma(s) aparte del inglés inglés e idioma(s) aparte del inglés solo inglés.        |  |  |  |  |  |  |
| 4. Mi estudiante tiene una interacción consistente con:   | idioma(s) aparte del inglés inglés e idioma(s) aparte del inglés solo inglés.        |  |  |  |  |  |  |
| El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como aprendiz de inglés. Si se indica un idioma que no sea el inglés, se evaluará a su hijo para determinar el dominio del idioma inglés. |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Información del padre/tutor  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del padre/tutor (en le   | tra de imprenta):  |  |  |  |  |  |  |
| Firma del padre/tutor   |  | Fecha:   |  |  |  |  |  |
| * Todos los datos on osta formulari   | a con avivados. Colo so comportiván con el novegnol del distri                       | ita qua nocosita dicha información para atondar maior a s                |  |  |  |  |  |

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



## 2019-20 Formulario de designación demográfica racial y étnica

| Nombre o  | del estudiante:   | Segundo no  | ombre/inicial del estudiante: _   |  |
|---|---|---|---|--|
| Apellidos   | <b>:</b>  | Fecha de naci   | miento:   |  |
| Distrito: _   |   | Escuela:  |   |  |
| UU. Debido<br>ampliar la<br>preguntas<br>escuelas a | o a cambios recientes en la ley<br>representación de nuestras po<br>federales <b>(en negrita)</b> para sus<br>hacerlo por usted. Esto es un c   | estatal de Minnesota, Minnes<br>oblaciones de estudiantes. Los<br>s hijos. Si decide no contestar a<br>último recurso. Preferimos que | cidad y raza al estado y al Depart<br>ota desglosa cada categoría en g<br>progenitores o tutores no tienen<br>las preguntas federales (en nego<br>sean los progenitores o tutores o<br>s" y las escuelas no rellenarán es | rupos detallados para<br>que contestar a las<br>r <b>ita)</b> , la ley obliga a las<br>quienes rellenen el |
| estudiante<br>aviso de pr<br>informació             | s con pocos recursos. La infori<br>rivacidad para aprender más a  | mación recopilada en este form<br>cerca del objetivo de recopilar<br>grupos más detallados El aviso                                   | s y nos ayuda a identificar y a def<br>nulario se considera información<br>esta información, cómo se utiliza<br>de privacidad se encuentra en la  | privada. Puede consultar el<br>ará o no se utilizará la  |
| cultura u   | · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·   | Puertorriqueño, Americano (   | <b>no federal?</b> La definición fede<br>Central o del Sur, u otro Españ  |  |
|   | [Si sí, vaya a la Pregunta A].  | , , ,   | O <b>No</b> [Si no, vaya a la Preg  | unta 11  |
|   | [c.c., .c., c.c., |   |   | , <b>_j</b> .  |
|   | regunta opcional A: Si select<br>ersonal de la escuela no res   |   | ccione lo que corresponda de  | la siguente lista (el  |
|   | Prefiero no indicar<br>Colombiano<br>Ecuatoriano  | □ Mexicano □ E  | Salvadoreño 🗆 Español/American 🗆 Español  | Otro Hispano/Latino<br>Desconocido   |
| Va  | aya a la Pregunta 1.  |   |   |  |
| [Seleccion  | e "sí" como mínimo a una de l   | las siguientes Preguntas (1-6)].  |   |  |
| Minnesot<br>pueblos o                               | <ul> <li>a? La definición del estado<br/>riginales de Norteamérica o</li> </ul>   | de Minnesota incluye a pers   | o Nativo de Alaska, según la conas que tienen ascendencia<br>n cultural mediante afiliación t<br>nanciación estatal].   | de cualquiera de los   |
| O Sí  | [Si sí, vaya a la Pregunta 1a]  |   | O <b>No</b> [Si no, vaya a la Preg  | gunta 2]   |
| Pr  | regunta opcional 1a: Si sele  | ccionó sí anteriormente, sele   | eccione lo que corresponda d  | e la siguiente lista (el   |
| ре  | ersonal de la escuela no res  | ponderá a esta pregunta):   |   |  |
| 0 🗆   | Prefiero no indicar<br>Anishinaabe/Ojibwe   | <ul><li>☐ Cherokee</li><li>☐ Dakota/Lakota</li></ul>  | <ul><li>Otra Afiliación Triba</li><li>Desconocido</li></ul>   | al Indio   |
| Vo  | aya a la Pregunta 2.  | ,   |   |  |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Federal Register, Vol. 72, No. 202/Friday, October 19, 2007/Notices/59274

| -                          | 2. ¿El estudiante es Indio [Vaya a la Pregunta 3].                                    | Americar                  | 10 de Sudam                 | érica o Améri                               |                               | a <b>l?</b><br>a la Pregunta 3 <sub>.</sub> | ].               |   |
|----------------------------|---|---------------------------|-----------------------------|---|-------------------------------|---|------------------|---|
| personas o<br>indio, inclu | 3. ¿El estudiante es Asiáti<br>de ascendencia de cualqui<br>uidos, por ejemplo, Cambo | iera de lo                | s pueblos ori               | ginales del Lej<br>n, Corea, Mala           | ano Orie<br>asia, Paq         | nte, Asia Su<br>uistán, Filipi              | roriei<br>nas, 1 | ntal, o el continente<br>Failandia y Vietnam. |
|                            | [Si sí, vaya a la Pregunta 3].<br>nta opcional 3a: Si seleccio                        | onó sí ant                | eriormente                  |   | -                             | o, vaya a la Pre<br>Esponda de              | -                |   |
| _                          | nal de la escuela no respo  |                           |                             |   | 100 0011                      | esponda de                                  | 10 316           | areme nota (er                                |
|                            | Prefiero no indicar.<br>Indio Asiático<br>Birmano                                     |                           | Chino<br>Filipino<br>Hmong  |   | Karen<br>Corear<br>Vietna     |   |                  | Otro Asiático<br>Desconocido                  |
| Vaya d                     | a la Pregunta 4.  |                           |                             |   |                               |   |                  |   |
| federal inc                | Americano-Africano  | encia de co<br>onó sí ant | ualquiera de<br>eriormente, | los grupos rac<br>O<br>O<br>seleccione lo d | iales neg<br><b>No</b> [Si no | ros de Áfric<br>o, vaya a la P              | a.¹<br>regun     | ta 5]   |
|                            | 5. Is the student Native H<br>finition includes persons h                             |                           |                             |   |                               | -   | _                |   |
| O Ye                       | es [Go to Question 6.]  |                           |                             | 0   | No [Go t                      | to Question 6                               | .]               |   |
| _                          | 5. ¿El estudiante es Hawa<br>ón federal incluye a perso                               |                           |                             |   |                               |   |                  | ~   |
|                            |   |                           | O Yes                       | 0   | No                            | Samoa                                       | y otra           | s Islas del Pacífico.                         |
| Nombre de                  | el progenitor/tutor   |                           |                             |   |                               | Fecha                                       | ı                |   |
| Firma del p                | orogenitor/tutor  |                           |                             |   |                               |   |                  |   |

El objetivo de recopilar cada grupo, cómo se utilizará o no se utilizará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede consultar en el documento adjunto de Preguntas Más Frecuentes. 1Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes, 19 de octubre de 2007/Avisos/59274



## Información de Salud/Emergencia

| Nombre del Estudiante   |   | Fecha de   |   | /  | _/                                      |
|---|---|--|---|--|---|
| (Apellido,  | Primer Nombre, Inici  | ial del Segundo Nor  | mbre)   |  |   |
| Mi hijo/a tiene condiciones de se   | alud: No  | Sí (En caso af   | irmativo, por favor   | , especifique                                  | a continuación)                         |
| Mi hijo/a toma medicina:  | No  | Sí (En caso af   | (En caso afirmativo, por favor, especifique a continuación                            |  |   |
| (Pase a la parte de atraz si no n   | ecesita compartir   | más información.   | )   |  |   |
| ☐ Alergias - Tipo(s) Especifico(s)  | □ ADHD - Tipo<br>Hiperactivo  | Desatento<br>Combinación   | □ Epilepsia/Co  | onvulsiones -                                  | Tipo                                    |
| □ Asthma - Tipo/Que lo Provoca  | □ Oído/Preocupa<br>Audición   |  | □ Ojos/Preoco   |  | ı la Visión                             |
|   | audifono(s)/a   |  | lentes coi  |  |   |
| □ DiabetesTipo 1Tipo 2  | □ Alergia de Com<br>—   | nida - Especificar   | □ Intolerancia<br>Especifique   | de la Com                                      | ida -                                   |
| Mi niño-a tiene restricciones de activ  Procedimiento Mi niño-a necesita el(los) siguiente(s)   | procedimiento(s) realiz   | zados durante el día e   | escolar.  |  |   |
| Se requiere un <u>Formulario de Consentimien</u> de acción enumerados anteriormente. Un fositio web de RPS: Familias> Recursos familias> MedicamentoMi niño-a toma el(los)  | ormulario de consentimi<br>iares> Servicios de salu   | ento para el procedimi   | ento de atención n  |  |   |
| (s)/razone(s):  | signetile illedict  | dinemo(s) dordine  | ei did  | escolai  | -medicamemo                             |
| Mi niño-a toma el(los) siguiente(s) me  | edicamentos en casa -   | (medicamentos (s)/raz  | zon(es):  |  |   |
| Se necesitará un Formulario de Consentimio disponible en el sitio web de RPS en Familio consentimiento de medicamentos en lugar el la autorización del padre / representante). Mi hijo-a tiene la autorización de umedicamento(s): Formulario de Consentimiento del Médicamento del | as> Recursos familiares: de este formulario, siem un medico autorizado p lico Administrador ser | > Servicios de salud. (L<br>pre que se incluya todo<br>para llevar y auto-adn<br>rá necesaria para cac | In recetador autor<br>a la información re<br>ninistrarse, si es po<br>la medicamento. | rizado puede<br>querida. Tam<br>osible el sigu | enviar el<br>bién se requiere<br>viente |
| Mi hijo-a está en la escuela secund dolor(es) de manera consistente con la et   |   | ara Ilevar/administrai   | ei siguiente med  | icamento pa                                    | ra aliviar el                           |

Apr 12, 2022 Complete back side.

| Note: El Distrito puede revocar el privilegio de un estudiante de poseer y usar analgésicos sin receta si el distrito determina que el estudiante está abusando del privilegio. Mi hijo comprende el uso, la acción prevista y los posibles efectos secundarios de los medicamentos. La firma del padre / tutor sirve como consentimiento.   |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Mi hijo ha recibido una o más vacunas en el último año. (Listar o adjuntar)  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Mi</b> hijo tuvo esta enfermedad, lesión, cirugía, hospitalización en el último año:  |  |  |  |  |  |  |  |
| En caso de enfermedad o lesión en la que se considera que un estudiante no puede continuar el dia en la escuela, se contactará a un padre/Representante/persona de emergencia designada. Los estudiantes no serán enviados a casa por su cuenta sin el permiso de los padres/representantes. Si necesita la asistencia del personal de primeros auxilios y se determina que un estudiante requiere transporte a un centro médico sin demora, se notificará a los padres/representantes.  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entiendo que esta información se compartirá en base a la necesidad de saber/derecho a saber con el personal de la escuela para proteger la salud y la seguridad de mi hijo.  |  |  |  |  |  |  |  |
| Si a su hijo se le diagnostica una condición de salud física y / o mental, su hijo puede ser elegible para un Plan de la Sección 504 que contenga adaptaciones, modificaciones o servicios. Si desea reunirse o tener una conferencia telefónica para dialogar un posible Plan 504 para su hijo, comuníquese con la escuela de su hijo.  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma del Padre/Representante Fecha  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del Padre/Representante: Relación con el estudiante   |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefono 1Telefono 2Telefono 3Telefono 3   |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Work (Marque uno)   |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Work (Marque uno)  Correo Electronico   |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Work (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante: Relación con el estudiante   |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Work (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante: Relación con el estudiante  Teléfono 1 Teléfono 2 Teléfono 3   |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Work (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante: Relación con el estudiante  Teléfono 1 Teléfono 2 Teléfono 3  Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Trabajo (Marque uno)  |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Trabajo (Marque uno) Celular Casa Work (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante: Relación con el estudiante  Teléfono 1 Teléfono 2 Teléfono 3   |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante: Relación con el estudiante  Teléfono 1 Teléfono 2 Teléfono 3  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante:  Teléfono 1  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Teléfono 2  Teléfono 3  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Contacto de Emergencia 1:  Relación con el estudiante  Relación con el estudiante   |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante: Relación con el estudiante  Teléfono 1 Teléfono 2 Teléfono 3  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante:  Teléfono 1  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Teléfono 2  Teléfono 3  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Contacto de Emergencia 1:  Telefono 2  Relación con el estudiante  Relación con el estudiante  Telefono 3  Relación con el estudiante  Telefono 1  Telefono 2  Telefono 3  Telefono 3  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)               |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante:  Teléfono 1  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Teléfono 2  Teléfono 3  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Contacto de Emergencia 1:  Relación con el estudiante  Relación con el estudiante  Relación con el estudiante   |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante:  Teléfono 1  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Teléfono 2  Teléfono 3  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Contacto de Emergencia 1:  Telefono 2  Relación con el estudiante  Relación con el estudiante  Telefono 3  Relación con el estudiante  Telefono 1  Telefono 2  Telefono 3  Telefono 3  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)               |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante: Relación con el estudiante  Teléfono 1 Teléfono 2 Teléfono 3 Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Contacto de Emergencia 1: Relación con el estudiante  Telefono 1 Relación con el estudiante  Relación con el estudiante  Telefono 1 Relación con el estudiante  Telefono 1 Telefono 2 Telefono 3  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  E-mail  Nombre del Contacto de Emergencia 2: Relación con el estudiante            |  |  |  |  |  |  |  |
| Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Padre/Representante: Relación con el estudiante  Teléfono 1 Teléfono 2 Teléfono 3 Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico  Nombre del Contacto de Emergencia 1: Relación con el estudiante  Telefono 1 Telefono 2 Telefono 3 Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Correo Electronico Relación con el estudiante Telefono 1 Telefono 2 Telefono 3 Celular Casa Trabajo (Marque uno)  E-mail Celular Casa Trabajo (Marque uno)  Celular Casa Trabajo (Marque uno) |  |  |  |  |  |  |  |

Apr 12, 2022 Complete back side.



Información del menor

| Box is for Administrator Use Only:               |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Program Name: Richfield Public Schools           |  |  |  |  |  |
| Application Fiscal Year: 2025                    |  |  |  |  |  |
| How did the child meet income eligibility        |  |  |  |  |  |
| requirements? Free & Reduced Price Lunch Program |  |  |  |  |  |

## Solicitud suplementaria de Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II

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

| *Nombre legal del menor:  | Primero            | segundo  |                | apellido                            |
|---|--------------------|--|----------------|-------------------------------------|
| *-  |                    | , and the second |                | ·                                   |
| *Fecha de nacimiento del me   |                    | D/AAAA   |                |                                     |
| Origen étnico (marque uno):   | □ Hisnano/latin    | o □ No hispano/N   | lo latino      |                                     |
|   |                    | •  |                |                                     |
| Raza ( <i>marque todo lo que</i>  | □Indio america     | no o nativo de Alaska  | ☐ Asiático     | ☐ Negro o afroamericano             |
|   | ☐ Isleño del Pac   | ífico o nativo hawaiano  | ☐ Blanco       |                                     |
| Si usted presenta una solicitud   | d nara más de un i | niño, use la náaina adicio   | nal aue hay a  | ıl final de la solicitud            |
|   |                    | o, acc ia paga aaisis  | que may a      | ,                                   |
| Información del padi  | re/la madre        | /el tutor legal  |                |                                     |
| El padre/la madre o el tutor le<br>Nota: Si cualquiera de los niño<br>"Información del cuidado de a | s se encuentra ba  | jo cuidado de acogida, pa  | ase por alto e | sta sección y llene la sección titu |
| Cómo se enteró de las Becas   | de aprendizaje ei  | n la primera infancia? M   | arque todo lo  | que corresponda.                    |
| Mi programa ☐ Amig  | o/Familia 🗆        | Otra familia en mi progra  | ama 🗆 Ad       | dministrador de Área                |
| Socio comunitario (como una   |                    | Redes sociales (Facebook   | k, 🗆 In        | vestigación en línea                |
| Parent Aware/Child Care Awa   |                    | Proveedor de servicios to<br>el condado o estatal  | ribal, 🗌 Fo    | lleto/anuncio                       |
| Otro/a:   |                    |  |                |                                     |
| ¿Cuál es el nivel más alto de e   | ducación que ha    | completado? Maraue un  | 0.             |                                     |
|   | •                  |  |                |                                     |
|   | pieta 🗆 Secunda    | ria o GED 🗀 Algo de univ   | ersidad, sin d | liploma 🗆 Diploma universitario     |

| ¿Cuai es su condición de empleo actual? Marque uno.   |  |          |           |              |  |  |  |  |
|---|--|----------|-----------|--------------|--|--|--|--|
| <ul> <li>□ Empleado a tiempo completo (25 o más horas/semana)</li> <li>□ Empleado a tiempo parcial (menos de 25 horas/semana)</li> <li>□ Desempleado, busca empleo</li> <li>□ Desempleado, no busca empleo</li> </ul> |  |          |           |              |  |  |  |  |
| ¿Qué idioma habl  | ¿Qué idioma habla más su familia en la casa? |          |           |              |  |  |  |  |
| □ Inglés □  | Hmong  | □ Somalí | □ Español | □ Vietnamita |  |  |  |  |
| □ Otro/a:   |  |          |           |              |  |  |  |  |
| ¿Necesita un intérprete?   Sí   No  |  |          |           |              |  |  |  |  |

### Acuerdo de cumplimiento de requisitos

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

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

#### Consentimiento requerido para compartir su información

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

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

Comprendo que mi consentimiento para compartir mi información permanecerá vigente por seis meses después del cese de mi beca.

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

| Hijo N.° 1: | Lugar: | Fecha: |
|-------------|--------|--------|
| Hijo N.° 2: | Lugar: | Fecha: |
| Hijo N.° 3: | Lugar: | Fecha: |

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

## Advertencia de Tennessen del Departamento de Educación de Minnesota

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

#### ¿Qué información estamos solicitando?

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

#### ¿Por qué le pedimos esta información?

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

#### ¿Tengo la obligación de proporcionar estos datos?

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

#### ¿Quién más puede ver esta información?

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

#### ¿De qué otra manera puede usarse esta información?

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

#### ¿Por cuánto tiempo se conservarán mis datos?

Sus datos se conservarán por un mínimo de siete años.

#### Consentimiento opcional: Revelación de información y participación en una evaluación

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

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

### Firma del padre/la madre/el tutor

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

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

#### Firma del padre/la madre o tutor legal

\*Nombre legal del padre/la madre/el tutor:

Primero segundo apellido

\*Firma:

\*Fecha:

MM/DD/AAAA

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

Nombre legal del padre/la madre/el tutor:

Firma:

Fecha:

MM/DD/AAAA

## Firma del representante del programa

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

| *Nombre del representante del programa | a:                                   |                            |
|--|--------------------------------------|----------------------------|
|  | Nombre                               | Apellido                   |
| *Firma:                                | *Fecha:                              |                            |
|  |                                      | MM/DD/AAAA                 |
| *Nombre del programa Pathway II:       |                                      |                            |
| *Fecha de inicio del programa:         | *Fecha de inicio de la adjudicación: | *Monto de la adjudicación: |