



Jamestown Public School
Central Registration
197 Martin Road
Jamestown NY 14701
716-483-4344

Spanish Forms
Elementary Schools
Grades K-4

Matriculación de Estudiantes

¡Bienvenidos a las Escuelas Publicas de Jamestown! Damos la bienvenida a todos estudiantes entre cinco* y 21 años de edad para asistir a las escuelas en nuestro distrito.

Los formularios de matriculación completados y los documentos enumerados a continuación, son requeridos para la matriculación. Favor de ponerse en contacto con nosotros si le faltan algunos de los documentos. Trabajaremos con usted para matricular a su hijo(a) lo mas pronto posible para que pueda comenzar en la escuela.

Documentos Requeridos:

- Prueba de residencia** dentro del distrito, que incluye el nombre y dirección del padre, madre o tutor legal y fechada dentro de los últimos 30 días (proporcione uno de los siguientes):
- Documento de hipoteca u otra prueba de titularidad de la propiedad residencial (fechada dentro del año)
 - Contrato de arrendamiento residencial u acuerdo de arrendamiento firmado (fechado dentro del año)
 - Factura de servicios públicos (gas, electricidad, teléfono de casa, televisión por cable/satélite; no se acepta facturas de teléfonos celulares)
 - Contrato para la renta de muebles
 - Documento emitido por el gobierno
 - Si usted no es el arrendatario principal o el dueño de la propiedad, pueden entregar un formulario de **Declaración de Residencia**, firmado por el arrendatario principal o dueño de la propiedad. También se necesita uno de los documentos enumerados anteriormente, en el nombre de, y con la dirección del arrendatario principal o dueño de la propiedad. Favor de solicitar el formulario si necesita uno.

- Prueba de edad**, uno de los siguientes documentos indicando la fecha de nacimiento y relación parental:
- Certificado de nacimiento original (preferido)
 - Certificado de bautismo original

Si ninguno de los documentos enumerados arriba son disponibles, consideraremos uno de los siguientes documentos en nombre del estudiante:

- Pasaporte o tarjeta de residencia permanente
- Licencia de conducir oficial o identificación emitido por el gobierno
- Otros documentos emitidos por el gobierno indicando la edad, incluso orden judicial o documentos de custodia.
- Identificación Escolar con foto

- Identificación con foto del padre, la madre, tutor legal** quien matriculará al estudiante en la escuela

- Registros de Inmunizaciones**

- Registro de examen físico; y evidencia de la prueba de plomo**

Usted puede proporcionar copias de los documentos de salud a la oficina de registro escolar o pueden llamar a la oficina del profesional médico de su hijo(a) y solicitar que envíen esta información por fax al: **716-483-4278**

- Autorización para la Divulgación de Información Médica (incluido en el paquete de registro). Pedimos a los padres de completar este formulario para permitir que el médico de su hijo(a), y la oficina de salud escolar, compartan información médica según sea necesario.

Para programar una cita para entregar su paquete de registro, o si tiene preguntas sobre el proceso de matriculación, favor de llamar la Oficina de Registro Escolar al 716-483-4344.

*Niños pueden comenzar el kindergarten en Septiembre si cumplen los cinco años el 1º de Diciembre o antes, del mismo año.

**Escuelas Publicas de Jamestown
Formulario de Matriculación de Estudiantes**

Información del Estudiante:

Nombre Legal _____ Entrando en Grado: _____
Apellido Primer Segundo

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Mes/Día/Año Ciudad Estado País

Genero ¿Es el Estudiante Hispano/Latino? Por favor indique la Raza del estudiante. (todos los que aplican)

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> No Hispano | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| | | | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacifico |

Padre(s) Primario(s) o Tutor(es) con quien(es) vive el estudiante:

Nombre _____ Madre Madrastra Padre de Crianza
Apellido Primer Nombre Segundo Padre Padrastra Tutor Legal

Dirección del Hogar _____ Otro _____
Calle, Numero de Apto. Ciudad Estado/Código Postal

Dirección Postal _____
Calle/Apto, PO Box Ciudad Estado/Código Postal

Teléfono del Hogar _____ Celular _____ Correo Electrónico _____

Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Nombre _____ Madre Madrastra Padre de Crianza
Apellido Primer Nombre Segundo Padre Padrastra Tutor Legal

Teléfono del Hogar _____ Celular _____ Correo Electrónico _____
 Otro _____

Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Padre Secundario/Tutor:

Nombre _____ Madre Madrastra Padre de Crianza
Apellido Primer Nombre Segundo Padre Padrastra Tutor Legal

Dirección del Hogar _____ Otro _____
Calle, Numero de Apto. Ciudad Estado/Código Postal

Dirección Postal _____
Calle/Apto, PO Box Ciudad Estado/Código Postal

Teléfono del Hogar _____ Celular _____ Correo Electrónico _____

Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Custodia Compartida: S N

Recibe correos escolares: S N

Por favor indique abajo cualquier información o restricción de custodia que usted cree que la escuela de su hijo debería conocer.

**Se debe presentar documentación para verificar la custodia y/o restricciones de contacto con el estudiante o información de un padre biológico..*

Información de Custodia:

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dos padres en el hogar | <input type="checkbox"/> Custodia compartida | <input type="checkbox"/> Custodia exclusiva | <input type="checkbox"/> Separado |
| <input type="checkbox"/> Padre soltero | <input type="checkbox"/> Colocación familiar | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Historia Académica:

Ultima Escuela que ha asistido: _____
(incluyendo PreK) Nombre de Escuela Dirección Teléfono

¿Ha asistido este estudiante anteriormente a las escuelas de la Ciudad de Jamestown? No Si _____
Ultima Escuela/Año de matriculación

Por favor, marque los programas o servicios proporcionados al estudiante en su escuela anterior:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educación Especial/PEI | <input type="checkbox"/> Lectura/Apoyo de Matemáticas (RTI/AIS) | <input type="checkbox"/> Habla/ Terapia Física/Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Plan 504 | <input type="checkbox"/> Inglés como Idioma Nueva (ENL) | <input type="checkbox"/> Consejería Escolar |

Firma _____ Fecha _____
Padre/Tutor

**Escuelas Publicas de Jamestown
Formulario de la Residencia del Estudiante**

Información de Estudiante:

Nombre Legal _____ FDN _____ Grado _____
Apellido Primer Nombre Segundo Mes/Día/Año

Padre Primario/Tutor con quien el/los Estudiante(s) Reside(n):

Nombre Legal _____
Apellido Primer Nombre Segundo

Dirección _____
Calle, Numero de Apto. Ciudad Estado/Codigo Postal

Por favor anote todos los hermanos que han asistido o asistirán a las Escuelas de la Ciudad de Jamestown:

Apellido	Primer Nombre	Genero	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Declaración de Residencia:

Por la presente declaro que soy el padre o tutor con custodia del niño(s) nombrado anteriormente, y que no he proporcionado ninguna información falsa o errónea relacionada con mi residencia en el Distrito Escolar de la Ciudad de Jamestown.

Comprendo que el Distrito Escolar de la Ciudad de Jamestown tiene el derecho de verificar mi residencia, incluyendo una visita a mi casa y entrevistas con mis vecinos. También comprendo que la matriculación en la escuela se basa sobre la elegibilidad determinada por mi residencia, y el Distrito tiene el derecho de transferir a los estudiantes para quienes se presentó documentación falsificada en el momento de matriculación.

En el caso de que cambia mi residencia, notificaré a la escuela de mi hijo y presentaré una nueva prueba de dirección.

Firma _____
Padre/Tutor Fecha

Por favor indique hasta cinco personas que podemos contactar en caso de emergencia, en el orden de preferencia, incluyendo padre(s) o tutor legal(es).

Nombre	Relacion con el Estudiante	Dirección	Teléfono 1	Teléfono 2
			<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
			<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
			<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
			<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell
			<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Cell

En caso de un despido no programado o la evacuación de la escuela, por favor proporcione instrucciones específicas para su hijo:

Ir a casa por sí mismo Ir a casa con _____ Ir a _____

Otro (explica) _____

Firma _____
Padre/Tutor Fecha



Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

Estimados padres o persona en relación parental:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
		<input type="checkbox"/> Masculino
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

Conocimientos de idiomas (Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)		
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2	_____ <i>especifique</i> _____ <i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____ <i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe escribir

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:	
SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School	Address

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo	
8.	Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____
9.	<p>¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.</p> <p>Sí* No No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____</p> <p>¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave</p>
10a.	¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* *Por favor, llene 10b.
10b.	<p>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____</p> <p>Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):</p> <p><input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)</p>
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	<p>¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
12.	¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: Día: Año:

Firma de un padre o de la persona en relación paternal

Fecha

Relación con el estudiante: Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

**ESCUELAS PUBLICAS DE JAMESTOWN
DOCUMENTO DE SALUD Y DESARROLLO ELEMENTAL**

Historia de Embarazo y de Nacimiento

Salud de la Madre durante el embarazo _____ Excelente _____ Otro _____
 Favor de describir _____
 El Parto _____ Normal _____ Otro _____
 Favor de describir _____
 Peso del niño al nacer _____ Bebe nació: _____ a tiempo _____ temprano _____ tarde _____
 ¿Alguna enfermedad o complicación durante el periodo de recién nacido? _____ Si _____ No _____
 Favor de describir _____

Historia de Desarrollo

Edad aproximada que su hijo realizo los siguientes:

Se volteó _____ Caminó sin ayuda _____
 Se sentó con apoyo _____ Primeras Palabras _____
 Se paró solo _____ Habló en frases _____

Historia Medica

PROBLEMA	SI	NO	FECHA	DESCRIBA
Accidentes serios/heridas				
Alergias				
Asma				
Enfermedades de la Sangre				
Varicela				
Enfermedades contagiosas				
Diabetes				
Problemas Emocionales				
Orina en la cama con frecuencia				
Problemas de audición				
Infecciones del oído recurrente				
Problemas de riñón o vejiga				
Problemas de huesos(ortopédico)				
Fiebre reumática				
Problemas del corazón				
Ataques/Convulsiones				
Tuberculosis o expuesto a				
Problemas de visión/ojos				
Cirugías/Operaciones				
Problemas de aprendizaje				
Otro				

Medicamentos: 1. _____ Razón _____
 2. _____ Razón _____
 3. _____ Razón _____
 4. _____ Razón _____

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE JAMESTOWN
SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD
Autorización de Uso o Acceso de Información Privada de Salud

Fecha: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Estudiante: _____ FDN: _____

Dirección: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Yo, _____ autorizo a los proveedores de atención médica de mi hijo indicados abajo, de intercambiar información médica, incluyendo pero no limitado a: evaluaciones de salud, registros de vacunas, evaluaciones psicológicas, ordenes médicas, diagnósticos médicos y historia social, con el personal de las Escuelas Públicas de Jamestown, con el propósito de desarrollar planes de atención de salud, diseñar programas educativos apropiados, evaluar el impacto de una condición médica en la programación escolar o asistencia, compartir observaciones/preocupaciones escolares, evaluar una base médica para adaptaciones y/o enseñanza en el hogar, la administración de medicamentos y/o recetas de terapia, y según lo solicitado por el niño y la familia.

Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____

Proveedor de Atención Médica

Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____

Proveedor de Atención Médica

Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____

Proveedor de Atención Médica

Esta autorización vencerá después de la graduación y/o terminación de la matriculación de mi hijo en las Escuelas Públicas de Jamestown.

Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito al Funcionario de Confidencialidad de la oficina del Proveedor de Atención Médica, y al Edificio de Administración del Distrito Escolar de la Ciudad de Jamestown.

Entiendo que la revocación de esta autorización no será efectiva si el profesional de salud o el Distrito Escolar ha utilizado la autorización para acceder información privada de salud, antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Comprendo que cualquier información de salud protegida, divulgada como resultado de esta autorización a cualquier persona no cubierta por las leyes de privacidad estatales y federales, puede ser sujeta a una nueva divulgación, y puede ser que ya no estará protegida por la ley estatal y federal.

Yo entiendo que el tratamiento de mi hijo no depende de mi acuerdo para divulgar o retener información. Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización si lo solicito.

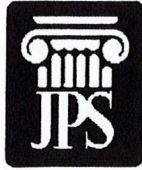
Padre/Tutor

Fecha

Testigo

Fecha

Nota: Un estudiante de 18 años de edad o más, debe firmar su propia autorización.



**JAMESTOWN
PUBLIC
SCHOOLS**

**Central Registration
197 Martin Road
Jamestown, NY 14701
Phone: 716-483-4344**

REQUEST FOR RECORDS

Student's Name: _____

Date of Birth: _____ **Grade Entering** _____

Previous School Name, City and State: _____

_____ **Phone:** _____ **Fax:** _____

The above named student has enrolled in Jamestown Public Schools. Please send the requested records to the school or office checked below.

Student Records:

- Grades for previous and current school years
- Health and Immunization Records
- Standardized Test Results
- Discipline Reports
- Attendance Record
- A copy of school's grading code

Special Education Records:

- IEP/504
- Speech/Hearing Records
- Psychological Report
- OT/PT Reports (if applicable)
- FBA/BIP (if applicable)

Other _____

BUSH ELEMENTARY SCHOOL
150 Pardee Avenue, Jamestown, NY 14701
Phone: (716) 483-4401 Fax: (716) 483-7100

FLETCHER ELEMENTARY SCHOOL
301 Cole Avenue, Jamestown, NY 14701
Phone: (716) 483-4404 Fax: (716) 483-4210

LINCOLN ELEMENTARY SCHOOL
301 Front Street, Jamestown, NY 14701
Phone: (716) 483-4412 Fax: (716) 483-4435

LOVE ELEMENTARY SCHOOL
50 East 8th St., Jamestown, NY 14701
Phone: (716) 483-4405 Fax: (716) 483-4291

RING ELEMENTARY SCHOOL
333 Buffalo Street, Jamestown, NY 14701
Phone: (716) 483-4407 Fax: (716) 483-4232

JEFFERSON MIDDLE SCHOOL
195 Martin Road, Jamestown, NY
Phone: (716) 483-4411 Fax: (716) 483-4273

PERSELL MIDDLE SCHOOL
375 Baker Street, Jamestown, NY 14701
Phone: (716) 483-4406 Fax: (716) 483-4417

WASHINGTON MIDDLE SCHOOL
159 Buffalo Street, Jamestown, NY 14701
Phone: (716) 483-4413 Fax: (716) 483-4268

JAMESTOWN HIGH SCHOOL
350 E. Second St., Jamestown, NY 14701
Phone: (716) 483-4216 Fax: (716) 483-4356
Counseling Secretary email: kelly.r.madden@jpsny.org

CSE and Pupil Services
197 Martin Rd, Jamestown, NY 14701
Phone: (716) 483-4323 Fax: (716) 483-4278

CENTRAL REGISTRATION
Fax: (716) 483-4278

I hereby authorize the release of the above named records.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Ofrezca asistencia a los estudiantes y familias para completar este formulario. No incluya este formulario en el paquete de inscripción sin advertencias apropiadas. Por ejemplo, tendrá que cambiar partes del paquete de inscripción que requieren que se entreguen prueba de inscripción antes de matricular. Estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento, no necesitan entregar prueba de residencia y otros documentos normalmente requeridos antes de matricular.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

Nombre del Distrito Escolar: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre
 Mujer

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Grado: ____ ID#: ____
(jardín de infantes - 12) (opcional)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En un hogar permanente
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- En un refugio
- Otra vivienda temporal (Por favor describa):

Nombre de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Firma de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Fecha

Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, no se requieren prueba de domicilio u otros documentos normalmente requeridos para inscripción y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente. Después de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunización, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunización.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designación sea completado.