



Distrito Escolar de Tempe • FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - EL NOMBRE COMO APARECE EN EL ACTA DE NACIMIENTO

Apellido(s) del Estudiante	Nombre del Estudiante	Segundo Nombre del Estudiante	Jr., III, IV, etc.	Grado	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	--------------------	-------	------------------------------------------------------------------

Origen Étnico (Marque SÓLO UNO) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano o Latino	Raza (Marque UNO o MÁS de lo siguiente) <input type="checkbox"/> Indioamericano o Alaskeño: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> TRIBU _____ <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco	¿En qué idioma prefiere la comunicación de la escuela al hogar? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Apellido que Usa el Estudiante (si es diferente al de arriba)	Nombre que Usa el Estudiante (si es diferente al de arriba)
---------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) / /	Edad	Ciudad de Nacimiento	Estado de Nacimiento	País de Nacimiento
---------------------------------------	------	----------------------	----------------------	--------------------

Nombre de la Escuela que Asistió Anteriormente	Fecha que se Dio de Baja / /	Dirección de la Escuela Anterior (Ciudad, Estado, Zona Postal, Teléfono)
------------------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

¿Ha sido su niño un estudiante del Distrito Escolar de Tempe anteriormente, incluyendo preescolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está usted actualmente viviendo en transición (por ejemplo, refugio, motel, compartiendo habitación o en un lugar inadecuado para habitar?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Existen documentos de la corte relacionados con la custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, debe proporcionar los documentos de la corte.

PADRES/GUARDIÁNES - DEBEN SER GUARDIÁNES LEGALES - OTRAS PERSONAS SE PUEDEN INCLUIR COMO CONTACTOS DE EMERGENCIA ABAJO

PADRE/GUARDIÁN QUE VIVE CON EL ESTUDIANTE	Parentesco: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padres Sustitutos <input type="checkbox"/> Hogar de Grupo <input type="checkbox"/> Guardián (mostrar documento)		
	Apellido	Teléfono Celular () - ()	Teléfono Adicional () - () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> del Hogar <input type="checkbox"/> del Trabajo
	Primer Nombre	Dirección de Correo Electrónico	
	Dirección del Hogar (Incluir ciudad, estado y código postal)		
	Dirección Postal (si es diferente)		

SEGUNDO PADRE/GUARDIÁN	Parentesco: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padres Sustitutos <input type="checkbox"/> Hogar de Grupo <input type="checkbox"/> Guardián (mostrar documento)			
	Apellido	Primer Nombre	Teléfono Celular () - ()	Teléfono Adicional () - () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> del Hogar <input type="checkbox"/> del Trabajo
	Dirección del Hogar (escriba IGUAL si es igual a la de arriba)		Dirección de Correo Electrónico	
	Dirección Postal (si es diferente)			

EN CASO DE EMERGENCIA: PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS QUE TIENEN PERMISO DE RECOGER AL ESTUDIANTE. EL ESTUDIANTE NO PODRÁ SER RECOGIDO POR NINGUNA PERSONA QUE NO ESTÉ INCLUIDA AQUÍ.

Primer Nombre y Apellido	Teléfono	Parentesco: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Otro:
Primer Nombre y Apellido	Teléfono	Parentesco: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Otro:
Primer Nombre y Apellido	Teléfono	Parentesco: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Otro:
Primer Nombre y Apellido	Teléfono	Parentesco: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Otro:

HISTORIAL DEL ESTUDIANTE (CONTESTAR TODO)

¿Ha participado su hijo en algunos de los siguientes programas? Sí No Si es sí, marque todos los que apliquen:
 Educación Especial/IEP Niños Dotados Del Habla/Lenguaje Acomodo Sección 504 Otro _____

¿Hay reportes psicológicos de la escuela anterior del estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FAVOR DE LISTAR A LOS HERMANOS/AS <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre y Apellido</th> <th>Edad</th> <th>Escuela</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nombre y Apellido	Edad	Escuela	1. _____			2. _____			3. _____		
Nombre y Apellido		Edad	Escuela										
1. _____													
2. _____													
3. _____													
¿Ha sido su niño expulsado de alguna otra institución educativa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
¿Está su niño actualmente en el proceso de ser expulsado de una escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
¿Está su niño actualmente bajo una suspensión a largo plazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													

ES DE MI PLENO CONOCIMIENTO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA Y VERDADERA. (LA FALSIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN ES UNA FELONÍA DE CLASE 6 - A.R.S. § 13-2407). EL ESTUDIANTE SERÁ DADO DE BAJA POR INFORMACIÓN FALSA. **X**

Nombre y Firma del Padre de Familia/Guardián _____ Fecha _____

THIS SECTION FOR OFFICE USE ONLY

Proof of Birth <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Entry Code	Enrollment Date / /	School Name
Proof of Residence <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Entered Into System By	Sp Ed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date Entered Into System / /
		Neighborhood School <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	TD3 ID#



Arizona Department of Education
Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar *la mayoría* del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante *la mayoría* del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante *primero*?

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Distrito o Charter _____	Fecha _____
Escuela _____	

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.

In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 05-2023)



Departamento de Educación de Arizona
Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Charter _____

Padre/Guardián _____

Como el padre o guardián del estudiante, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestra mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ___ Licencia de conducir válida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ___ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- ___ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he provisto una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- ___ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)*

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documento verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuestos u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.



Estado de Arizona Declaración Jurada de Residencia Compartida

Nombre del Estudiante: _____ Nombre del Padre/Guardián: _____

Nombre de la Escuela: _____ Distrito Escolar: _____

Nombre del Residente de Arizona: _____

Yo, (nombre del residente de Arizona) _____ juro o afirmo que soy un residente del Estado de Arizona y que las siguientes personas viven conmigo en mi residencia, descrito de la siguiente manera:

Las personas que viven conmigo: _____

Ubicación de mi residencia: _____

Yo presento en apoyo de esta declaración una copia del siguiente documento que muestra mi nombre y dirección de residencia actual o descripción física de mi propiedad.

- ___ Licencia de conducir válida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas, cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ___ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.

Nombre impreso del declarante: _____

Firma del declarante: _____

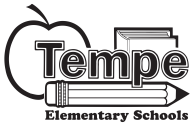
Acknowledgement

State of Arizona, County of _____

The foregoing was acknowledged before me this ____ day of _____, 20____

By _____

My Commission expires: _____ Notary Public _____



CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Distrito Escolar de Tempe No. 3
3205 S. Rural Road • Tempe, Arizona 85282

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____	OFFICE USE ONLY / USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA
Edad _____ Grado _____	Student # _____

Mi niño/a tiene condiciones de salud especiales/diagnóstico médico/historial de salud. Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____

Mi niño/a es alérgico a ciertos alimentos, insectos, medicinas y/u otras cosas. Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____
 Si se utiliza un *EpiPen* o Inyector de Epinefrina, favor de traerlo a la oficina de salud.

Mi niño/a lleva y trae su propio medicamento de emergencia (inhalador/*EpiPen*/medicamentos diabéticos y equipo de monitoreo). Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____
 Si es así, el padre de familia deberá llenar un permiso anual para su auto-administración.

Mi niño/a está tomando medicamentos con regularidad o recibe tratamientos médicos regulares. Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____

Mi niño/a usa anteojos, lentes de contacto y/o tiene otros problemas de visión. Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____

Mi niño/a tiene actualmente dificultades de audición y/o usa auxiliares auditivos/implante(s) coclear(es). Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____

Mi niño/a ha experimentado las siguientes cirugías, enfermedades graves o accidentes durante el pasado año: Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____

- Entiendo que si mi niño/a necesita medicamentos u otros servicios de salud en la escuela, tengo que hacer arreglos con la oficina de salud escolar. Todos los medicamentos deben guardarse con la enfermera escolar, a menos que la enfermera haya aprobado alguna excepción (por ejemplo, *EpiPen*, inhalador, insulina, glucagón).
- Entiendo que si mi niño/a necesita una modificación de la dieta y el seguimiento debido a una condición médica, debo comunicarme con el Depto. de Servicios de Nutrición, al 480-642-1541.
- Entiendo que el Distrito de Escuelas Primarias y Secundarias de Tempe no proporciona cobertura médica/dental de accidentes para estudiantes con lesiones/enfermedades que ocurren en la escuela. Entiendo que puedo adquirir voluntariamente un plan de seguro de accidentes para el estudiante.
- Entiendo que en caso de una lesión o enfermedad grave, se llevará a mi niño/a al hospital más cercano en ambulancia si es necesario, y el cuidado de emergencias se proporcionará allí hasta que me puedan contactar. Entiendo que cualquier gasto o transporte de emergencia y/o tratamiento deberán ser de mi exclusiva responsabilidad.
- Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar a la escuela cualquier cambio de información personal o de contacto de emergencia que se efectúen durante el año escolar.

Nombre(s) del Padre de Familia/Guardián – *con letra de molde* Parentesco con el Niño/a

Firma del Padre de Familia/Guardián Fecha rev 12/20

ED 506 Form
Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child _____ Date of Birth _____ Grade level _____

Name of School _____ School District _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (select only one): ___child ___child's parent ___child's grandparent

If the individual with Tribal membership is **not** the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name and address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name _____ Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

The Tribe or Band is (select only one):

- Federally Recognized Tribe
- State Recognized Tribe
- Terminated Tribe
- Alaska Native
- Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is:

- Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian _____ Signature _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number _____ Email _____ Date _____

For Parent/Guardians:

Definitions:

Indian means an individual who is (1) A member of an Indian Tribe or Band, as membership is defined by the Indian Tribe or Band, including any Tribe or Band terminated since 1940, and any Tribe or Band recognized by the State in which the Tribe or Band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, Aleut, or other Alaska Native; or (5) A member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect on October 19, 1994.

Student Information: Write the name of the child, date of birth, grade level, name of school and school district. Only name one child per form.

Tribal Membership: Write the name of the individual with the tribal membership, if it is not the child listed. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one identifier: the child, child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such Tribe or Band of Indians. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally recognized Tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the Tribe. Check only one box indicated whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. Write the enrollment number establishing the membership for the child, parent or grandparent, if readily available, or other evidence of membership.

Attestation Statement: Provide the printed name of parent/guardian and signature, address, phone number and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

Paperwork Burden Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W238, Washington, D.C. 20202-6335

Johnson O'Malley (JOM)

Student Enrollment/Certification of Eligibility

INDIAN STUDENT ENROLLMENT CERTIFICATION OF ELIGIBILITY UNDER P.I. 93.638 CRF 273.18 (K), (1)

Agencies collecting student information must protect the data in accordance with Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), 20 U.S.C. § 1232g, 34 CFR Part 99

Student Information

Student Name:		Date of Birth:
Grade:	School:	District/Tribe:

Tribal Information

Affiliated Tribe(s)/Nation(s)/Band(s):	
Enrolled Tribe/Nation/Band:	

Please provide the following Tribal Enrollment information for either the Student **OR** Parent/Grandparent (Check One):

A. Tribal Enrollment (Student) <input type="checkbox"/>	B. Link to Descendant (Parent/Grandparent) <input type="checkbox"/>
Student Tribal Enrollment Number:	Parent/Grandparent Tribal Enrollment Number:
Please provide proof of enrollment to certify student's eligibility under the Johnson O'Malley Program.	

Eligible to receive JOM program services on verified documents. All student data is being protected IAW FERPA, 20 U.S.C. § 1232g, 34 CFR Part 99

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian:			
Address:	City:	State:	Zip:
Phone Number:	Email:		
Signature:		Date:	

INSTRUCTIONS

All student data must be protected in accordance with

Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), 20 U.S.C. § 1232g, 34 CFR Part 99

To apply for an entitlement grant under 25 CFR Part 273, Public Law 93-638, Johnson O'Malley (JOM) Act, CRF 25, the JOM Indian Education program applicant must determine the number of eligible American Indian/Alaskan Native students to be enrolled.

This form has three items to be completed:

- Item 1: Parent/Legal Guardian lists all information for student enrolling in the JOM program.
- Item 2: Identifies student enrollment/membership through the following steps:
 - a) Student is a member of a tribe.
 - b) Tribe name and enrollment number for descendency of Parent/Grandparent (Living/Deceased).
- Item 3: Parent/Legal Guardian signature certifies listed students are JOM eligible and documentation is available to verify.

Student Eligibility

Johnson O'Malley, 25 CFR 273.112 25, 278.12 states students must meet the following criteria to be considered eligible for the JOM program:

- Age 3 years through grade 12
- OR an enrolled member** of a federally recognized tribe
- OR descended from one parent/grandparent (living or deceased) who is an enrolled member of a federally recognized tribe.

* Arizona Dept of Education (ADE) Office of Indian Education requires tribal enrollment documentation to verify (i.e. Certificate of Indian Blood (CIB), Letter of Enrollment, Tribal ID, etc.)

** ADE Office of Indian Education requires tribe member enrollment number to verify

If you choose to submit this form, your child will be counted for entitlement funding under Johnson O'Malley, 25 CFR, Part 273 CRF 25.



Ayudamos a todos los niños a tener éxito ¿Tiene inquietudes acerca del desarrollo o progreso de su hijo en la escuela?

¿Qué es Child Find?

Child Find (Identificación de Niños) es parte de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act) de 2004 (IDEA 2004) que exige que los estados *localicen*, *identifiquen* y *evalúen* a todos los niños con discapacidades, desde **el nacimiento hasta los 21 años**, que necesiten intervención temprana o servicios de educación especial. Esto incluye a los niños que no residan en lugar fijo, como los niños inmigrantes o desamparados, niños que parecen tener una discapacidad a pesar de que pasen de grado, alumnos de escuelas privadas y niños educados en el hogar.

La iniciativa de identificación de niños de Arizona se conoce como AZ FIND.

Servicios de desarrollo y de educación para niños desde el nacimiento hasta los 21 años

Algunos niños tienen más dificultad que otros para aprender. Pueden tener problemas para alcanzar metas en una o más de las siguientes áreas de desarrollo y de educación:

- Visión y audición
- Control o coordinación de la motricidad
- Habilidades de comportamiento o sociales
- Habla y habilidades de comunicación
- Habilidades cognitivas o académicas

La derivación a intervención temprana o servicios de educación especial puede venir de parte del padre o la madre, el tutor, el padre o la madre de familia de acogida, un maestro, un consejero o del alumno que tiene dificultad para aprender. Cuanto antes manifieste sus preocupaciones, más pronto se identificarán las necesidades de su hijo y recibirá la ayuda que necesita para tener éxito.

Asistencia para bebés y niños pequeños

Los niños desde **el nacimiento hasta los 2 años, 10 meses y medio** se evalúan mediante el Programa de Intervención Temprana de Arizona (Arizona Early Intervention Program, AzEIP) para determinar si son necesarios los servicios de intervención. La intervención temprana reúne a profesionales que trabajan en colaboración con los padres y las familias de los niños con necesidades especiales para apoyar el crecimiento, desarrollo y aprendizaje de los bebés y los niños pequeños. Si tiene preguntas acerca del desarrollo de su hijo, un especialista de AzEIP lo asistirá con sus preocupaciones y observará a su hijo. Si se determina que su hijo es elegible, se diseñará un plan que incluya estrategias, actividades y apoyo para lograr los resultados deseados de acuerdo con las necesidades de su hijo. Haga una derivación en línea en www.azed.gov/azeip. Para obtener mayor información, llame al (602) 532-9960.

Asistencia para niños en edad preescolar y escolar

Su distrito escolar local o la escuela autónoma a la que asiste su hijo (para niños en edad escolar), evalúa a los niños desde **los 2 años, 10 meses y medio hasta los 21 años de edad**. Las escuelas públicas utilizan un proceso informal para evaluar el desarrollo y progreso académico de su hijo.

- La evaluación debe ser completada dentro de los 45 días naturales a partir de la fecha en que usted le comunica sus inquietudes a la escuela.
- Cuando se identifica un motivo de preocupación a través de los procedimientos de evaluación, usted debe recibir la notificación correspondiente dentro de 10 días escolares e información acerca de los procedimientos para realizar un seguimiento de las necesidades de su hijo. Por ejemplo:
 - Es posible que deriven a su hijo al equipo de estudio de la escuela para servicios previos a la intervención; o
 - Si los resultados de la evaluación indican que su hijo puede tener una discapacidad, será necesario realizar una evaluación exhaustiva para determinar si su hijo es elegible para recibir servicios de educación especial y otros servicios relacionados. Un equipo del que usted será parte se reunirá para comenzar el proceso.

La evaluación es gratuita. Toda la información que contiene la evaluación es confidencial.

Comuníquese con su distrito escolar local o la escuela autónoma a la que asiste su hijo. Comuníquese con su distrito escolar local o la escuela autónoma a la que asiste su hijo. Si su hijo asiste a una escuela privada, comuníquese con el director del distrito escolar al que pertenece la escuela. Para los niños que son educados en el hogar, comuníquese con el departamento de educación especial en el distrito escolar de residencia.

¡Participe!

La participación de la familia tiene un efecto positivo en el éxito académico y el desarrollo emocional de su hijo.

- Fije altas expectativas y metas.
- Comuníquese con frecuencia con los maestros para controlar los logros de su hijo.
- Solicite ideas y material para ayudar a su hijo a aprender en casa.
- Recompense el progreso y celebre los logros.
- Ofrezcase como voluntario para las actividades de clase y de la escuela.
- Asista a los eventos comunitarios y talleres que fomenten el aprendizaje y el crecimiento social.





Student Residency Questionnaire (SRQ)

Cuestionario de Vivienda del Estudiante
Programa McKinney-Vento Act

Information contained on this form is confidential and used to determine whether a child or youth meets the definition of homeless under the McKinney-Vento Act. The Education for Homeless Children and Youth (EHCY) program as authorized under Title VII-B of the McKinney-Vento Homeless Assistance Act (42 U.S.C. 11431 et seq.). Please note, false claims about living situations may affect enrollment. *La información contenida en este formulario es confidencial y se utiliza para determinar si un niño o joven cumple con la definición de persona sin hogar según la Ley McKinney-Vento. El programa de Educación para Niños y Jóvenes sin hogar (EHCY por sus siglas en inglés), según lo autorizado en virtud del Título VII-B de la Ley McKinney-Vento de Asistencia a las Personas sin Hogar (42 U.S.C. 11431 et seq.). Tenga en cuenta que las afirmaciones falsas sobre situaciones de vida pueden afectar la inscripción.*

Section A / Sección A

Today's date/Fecha: _____

Name of individual completing this form/ *persona que completa este formulario*: _____

Your telephone number/ *Núm. de tel.*: _____ Your email address/ *correo electrónico*: _____

Student name/*Nombre del Estudiante*: _____ Birth date/ *Fecha de nacimiento*: _____

Last school attended/ *Última escuela a la que asistió*: _____ Current grade/ *grado actual*: _____

Do you have additional children attending school in our district?/
¿Tiene otros niños que asisten a alguna escuela del Distrito Escolar? Yes/Sí No

Do you have children of the preschool age?/
¿Tiene niños de edad preescolar? Yes/Sí No

Please provide information about additional children attending school in our district or of preschool age./
Proporcione información sobre los niños que asisten a la escuela en el Distrito Escolar o de edad preescolar.

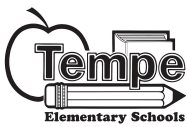
Last Name/ <i>Apellidos</i>	First Name/ <i>Nombre</i>	Grade/ <i>Grado</i>	School/ <i>Escuela</i>	District/ <i>Distrito</i>

Address of where the student slept last night/
Dirección donde durmió el estudiante anoche: _____

Is this address based on a temporary living arrangement? Yes/ Sí No

(Examples: hotel; shelter; transitional housing; sharing the housing of others due to loss of housing, economic hardship, or similar reason; car; park; campsite. / *¿Esta dirección es un Acuerdo de Vivienda Temporal? (Ejemplo: hotel; refugio; vivienda de transición; compartir la vivienda de otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, o motivos similares; automóvil, parque, campamento.)*

NOTE: If you checked "No" to the temporary living arrangement, you may STOP here. If you checked "Yes", please continue to Section B.
NOTA: Si marcó "No" al Acuerdo de Vivienda Temporal, NO Continúe en la siguiente sección. Si marcó "Si", por favor continúe con la Sección B.



Student Residency Questionnaire (SRQ)

Cuestionario de Vivienda del Estudiante

Programa McKinney-Vento Act

Section B / Sección B

Name of the parent/guardian/adult caring for the student/

Nombre del Padre/Guardián/Adulto que cuida al estudiante: _____

Relationship to the student/ Relación con el estudiante: _____

If the address you provided in section A is based on a temporary living arrangement, is it due to loss of housing or economic hardship? Si la dirección que proporcionó en la sección A se basa en un acuerdo de vivienda temporal, ¿se debe a la pérdida de vivienda o a dificultades económicas? Yes/ Sí No

Please place an "X" in each box that best describes where the student sleeps at night./

Por favor marque "X" en cada casilla que describa mejor dónde duerme el estudiante por la noche.

- In a place that does not have windows, doors, running water, heat, electricity, or overcrowded/ En un lugar que no tiene ventanas, puertas, agua corriente, calefacción, electricidad o con gente amontonada
- Staying with a friend or relative because of loss of housing, economic hardship, or similar reason
(Example: eviction, foreclosure, fire, flood, lost job, divorce, domestic violence, kicked out by parents, ran away from home)/ Quedarse con un amigo o familiar debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o motivos similares (Ejemplo: desalojo, ejecución hipotecaria, incendio, inundación, pérdida de trabajo, divorcio, violencia doméstica, expulsión de los padres, fuga de casa)
What date did you begin staying here?/ ¿En qué fecha empezó a quedarse aquí? _____
- In a shelter/transitional housing program (name of agency)/ En un programa de refugio/vivienda de transición (nombre de la agencia): _____
What date did you begin staying here?/ ¿En qué fecha empezó a vivir aquí? _____
- In an unsheltered location (e.g., tent, vehicle, abandoned building, streets, campground, park, bus/train station, or similar place)/ En un lugar desprotegido (e.g. carpa, vehículo, edificio abandonado, calles, campamento, parque, estación de autobús/tren, o lugar similar)
Provide the main cross streets of this unsheltered location/
Proporcione las calles principales transversales de este lugar desprotegido: _____
- In a hotel/motel (name of hotel/motel & address)/ En un hotel/motel (nombre del hotel/motel y dirección) _____
_____ What date did you begin staying here?/ ¿En qué fecha empezó a hospedarse aquí? _____
- With an adult that is not a parent or court appointed legal guardian/ Con un adulto que no sea padre o guardián legal designado por el tribunal
- Alone, not in the care of a parent or court appointed legal guardian/ Solo, sin el cuidado de un padre o guardián legal designado por el tribunal
- None of the above (Please explain)/ Ninguna de las anteriores (Por favor explique): _____

The following signature certifies that the information provided above is accurate. False claims about living situations may affect enrollment./ La siguiente firma certifica que la información proporcionada anteriormente es precisa. Las afirmaciones falsas sobre situaciones de vida pueden afectar la inscripción.

Signature of Person Providing Information/ Firma de la persona que proporciona la información
Parent/Legal guardian/Caregiver/Student/ Padre/Guardián legal/Cuidador/Estudiante

Date/Fecha

For School Use Only/ Para uso de la escuela solamente

Please note, the student's cumulative file should not include a copy of this form. Do not make copies of this form. If Section B is filled out, please notify the LEA Homeless Education Liaison, and provide the original form to them.

Name of school site personnel who enrolled the student: _____

Date Received by Homeless Liaison: _____

Please check the housing types that apply:

- Sheltered Doubled-up Unsheltered/FEMA/Substandard Hotel/Motel
- Unaccompanied youth: Yes No Transportation to school of origin needed: Yes No



Derechos Educativos De Los Niños y Jovenes Sin Hogar

El Distrito/Charter/Agencia Educativa Local deberá proporcionar un ambiente educativo que trate a todos los estudiantes con dignidad y respeto. Todo estudiante sin hogar tendrá acceso a las mismas oportunidades educativas gratuitas y apropiadas que tienen los estudiantes con hogar. Este compromiso con los derechos educativos de los niños, jóvenes y no acompañados sin hogar se aplica a todos los servicios, programas y actividades proporcionados o puestos a disposición.

Definición de la Ley McKinney-Vento de Personas Sin Hogar: El término “niños y jóvenes sin hogar” significa personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada [\[42 U.S.C. § 11434a\(2\)\]](#)

Un estudiante puede ser considerado elegible para recibir servicios como “niño o joven sin hogar” según la Ley McKinney-Vento de asistencia para personas sin hogar si actualmente vive en una de las siguientes situaciones:

- compartir la vivienda de otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar,
- vivir en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o terrenos para acampar debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado,
- vivir en refugios de emergencia o de transición; o son abandonados en hospitales,
- tener una residencia principal de noche que sea un lugar público o privado no diseñado o utilizado habitualmente como alojamiento por personas para dormir,
- vivir en automóviles, parques, espacios públicos edificios abandonados, viviendas en condiciones deficientes, estaciones de autobús o tren, o entornos similares, o
- Un niño migratorio que califica como sin hogar para los propósitos de este subtítulo porque los niños viven en las circunstancias descritas anteriormente.

A fin de eliminar las barreras educativas de los niños y jóvenes sin hogar, la Ley McKinney-Vento exige lo siguiente: **Inscripción Inmediata:** Documentos y registros de vacunación no deben ser una barrera para que sean inscritos en la escuela [\[42 U.S.C. §11432\(g\)\(3\)\(C\)\]](#).

Selección de Escuela e Inscripción Sostenida: Los estudiantes elegibles de McKinney Vento tienen derecho a seleccionar la escuela entre las opciones que se describen a continuación. Los estudiantes pueden permanecer inscritos en sus escuelas seleccionadas mientras dure la falta de hogar y hasta el final del año académico en el que obtienen alojamiento permanente o inscribirse en cualquier escuela pública ubicada en el área donde están viviendo actualmente en la que cualquier otro estudiante viviendo en la misma área pudiera asistir. [\[42 U.S.C. §11432\(g\)\(3\)\(A\)](#), [42 U.S.C. §11432\(g\)\(3\)\(B\)](#) and [42 U.S.C. §11432\(g\)\(3\)\(I\) \(i\)\]](#).

Escuela de Origen	Escuela de Residencia
La escuela a la que asistió el estudiante cuando tenía alojamiento permanente.	La escuela a la que asiste el estudiante ubicada en el área donde vive actualmente.
La escuela donde el estudiante estuvo inscrito por última vez.	

Servicios de Transporte: Los estudiantes elegibles de McKinney-Vento que asisten a su Escuela de Origen tienen derecho a ser transportados hacia y desde la Escuela de Origen [\[42 U.S.C. §11432\(g\)\(1\)\(J\)\(iii\)\]](#).

Participación en Programas: A los estudiantes elegibles de McKinney-Vento se les garantiza el derecho a servicios comparables a los servicios ofrecidos a otros estudiantes en la escuela [\[42 U.S.C. §11432\(g\)\(4\) & \(6\)\(iii\)\]](#).


Jóvenes No Acompañados Sin Hogar: Los estudiantes elegibles de McKinney-Vento tienen garantizado el derecho a la inscripción inmediata sin prueba de tutor/guardián. [\[42 U.S.C. §1432\(g\)\(1\)\(H\)\(iv\)\]](#).

Acceso a Actividades Extracurriculares: Eliminar las barreras de acceso a actividades académicas extracurriculares para estudiante sin hogar que cumplen con los criterios de elegibilidad relevantes [\[42 U.S.C. §11432\(g\)\(1\)\(F\)\(iii\)\]](#).

Resolución de Disputas: Si no está de acuerdo con los funcionarios escolares sobre la inscripción, el transporte o el trato justo de un niño o joven sin hogar, puede presentar una queja ante el distrito escolar [\[42 U.S.C. §11432\(g\)\(3\)\(E\)\]](#).

Nombramiento de un Enlace Local para Personas Sin Hogar: La ley McKinney-Vento exige el nombramiento de un Enlace Local para Personas Sin Hogar en cada distrito escolar o Agencia de Educación Local, para garantizar que los niños y jóvenes sin hogar estén inscritos y tengan la misma igualdad de oportunidades para tener éxito en la escuela [\[42 U.S.C. §11432\(g\)\(1\)\(J\)\(ii\) and U.S.C. §11432\(g\)\(6\)\(A\)\]](#).

Para más información visite [Arizona Department of Education, Homeless Education, 42 USC CHAPTER 119, SUBCHAPTER VI, Part B: Education for Homeless Children and Youths, and the AZ State ESSA Plan](#). También puede contactar a:

<p>Enlace del Distrito Escolar de Tempe Alexis Saspe 3205 S. Rural Rd. Tempe AZ 85282 (480) 730-7482 alexis.saspe@tempeschools.org</p>	<p>Coordinador del Programa Estatal Departamento de Educación de Arizona 1535 W. Jefferson St. Phoenix, AZ 85007 (602) 542-4963 Homeless@azed.gov</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------



AUTHORIZATION FOR REQUEST/RELEASE OF STUDENT RECORDS
AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR/LIBERAR LOS EXPEDIENTES ESCOLARES DEL ESTUDIANTE

STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Legal Last Name / Apellidos:	First Name / Nombre:	Middle Name / Segundo Nombre:
Date of Birth / Fecha de Nacimiento:	Current Grade / Grado:	SAIS#:

LAST SCHOOL ATTENDED/STUDENT COMING FROM / ÚLTIMA ESCUELA QUE ASISTIÓ O DE DÓNDE VIENE EL ESTUDIANTE:

FROM / DE	School Name / Nombre de la Escuela:	School District Name / Nombre del Distrito:
	School Address / Dirección de la Escuela:	
	Phone Number / No. de Teléfono:	Last Date Attended/Date Withdrawn / Último día que asistió o que se le dio de baja:

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION AUTORIZACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA O GUARDIÁN:

I hereby authorize the release of my child's information, including all student records indicated below, from the school mentioned above to Tempe Elementary School District, as requested below.
Autorizo la liberación de la información de mi hijo, incluyendo todos los documentos indicados abajo, de la escuela mencionada arriba al Distrito Escolar de Tempe, de acuerdo a lo solicitado abajo.

Parent/Guardian's Name / Nombre del Padre:	Signature / Firma:	Date / Fecha:
--------------------------------------------	--------------------	---------------

SEND RECORDS TO RECEIVING SCHOOL/STUDENT NOW ENROLLING AT / LOS ARCHIVOS SE ENVIARÁN A:

TO / PARA	School Name / Nombre de la Escuela:	Tempe Elementary Schools Distrito Escolar de Tempe
	School Address / Dirección:	
	Phone Number / No. de Tel.:	Email address/ Correo electrónico:

In order to assist in the provision of an appropriate educational program and in accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 and Arizona State law, you are hereby notified that Tempe Elementary School District is requesting the following records from the student's former school. Written consent of the parent/guardian is not required to release educational records to officials of other schools. Records may not be disclosed to a third party except as specified by District policy.

RECORDS BEING REQUESTED:

THIS SECTION FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA		
<input type="checkbox"/> All Records <input type="checkbox"/> Most Recent Report Card <input type="checkbox"/> All Report Cards <input type="checkbox"/> Standardized Test Results <input type="checkbox"/> Enrollment Verification/History <input type="checkbox"/> Attendance <input type="checkbox"/> Immunizations <input type="checkbox"/> Health Records <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Behavioral/Disciplinary <input type="checkbox"/> SPED/IEP Records <input type="checkbox"/> Other _____		
Please send records by:		
<input type="checkbox"/> U.S. Mail (school name and address provided above) <input type="checkbox"/> Email to _____ <input type="checkbox"/> Other _____		
1 st Request:	2 nd Request:	3 rd Request:
Received:	Filed in CUM:	Student ID#: