

Шкільний округ Sumner-Bonney Lake School District

Контрольний список для реєстрації учня

Заповніть і поверніть указані далі документи разом із цим титульним аркушем.

- Підтвердження місця проживання
Див. ухвалені типи підтвердження у формі. Неповні пакети документів НЕ приймаються.
- Реєстраційна форма учня
- Форма для збирання даних про етнічну приналежність і расу
- Опитування про мови, якими розмовляють удома
- Форма (Certificate of Immunization Status, CIS)

Департаментом охорони здоров'я Washington State (Washington State Department of Health) встановлено вимоги до документів про вакцинацію.

Усі документи про вакцинацію, необхідні для відвідування школи, мають бути засвідчені медичним фахівцем або установою. Одну з наведених нижче вимог МАЄ бути включено до пакета, перш ніж учень буде зарахований до школи. Неповні пакети документів НЕ приймаються.

- Форма Сертифіката вакцинації (Certificate of Immunization Status, CIS), яку можна роздрукувати з бази даних інформаційної системи імунізації (Immunization Information System, IIS), зареєструвавшись на сайті: myirmobile.com
- Роздрукована форма CIS, заповнена від руки й завірена підписом постачальника медичних послуг
- Роздрукована форма CIS, заповнена від руки ОДНИМ ІЗ БАТЬКІВ і засвідчена шкільною медсестрою або уповноваженою особою з додатком записів про щеплення
- Форма історії хвороби учня
- Анкета щодо житлових умов учня
- Свідоцтво про народження з указаною датою народження вимагається для реєстрації в підготовчому класі. Серед альтернативних документів можуть бути, зокрема, довідка з релігійної установи, лікарні або від лікаря, документ про всиновлення, раніше завірені шкільні документи або нотаріально завірений афідавіт від одного з батьків. За наявності інших документів зв'яжіться зі школою, щоб переконатися в тому, що їх можуть прийняти.

НИЖЧЕ НАВЕДЕНО ЛИШЕ ІНФОРМАЦІЮ ПРО ЗАРАХУВАННЯ ДО ПІДГОТОВЧОГО КЛАСУ

Чи брала ваша дитина дошкільного віку участь у програмі раннього навчання/дошкільного розвитку в якому-небудь шкільному окрузі штату Washington? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, укажіть назву шкільного округу: _____

Інформація про відмову від зарахування до підготовчого класу на наступний навчальний рік

Запити на відмову для нових учнів підготовчого класу, у яких є брат або сестра, що відвідує школу без інтернату, можна заповнити за допомогою онлайн-заявки (сайт шкільного округу Sumner-Boney Lake School District (SBLSD)). Заповнені реєстраційні документи мають бути передані до школи без інтернату. У разі відмови всі документи будуть передані до школи-інтернату.

Нові внутрішньорайонні (внутрішньоокружні) запити на відмову можна заповнити за допомогою онлайн-заявки на відмову (сайт SBLSD). Запит на відмову буде отриманий запитуваною школою для розгляду. Заповнені реєстраційні документи мають бути передані до школи-інтернату. У разі затвердження запиту на відмову всі реєстраційні документи будуть передані до запитуваної школи.



1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390

sumnersd.org

(253) 891-6000

KNOW
VALUE
SUPPORT

**FUTURE
READY**



ПІДТВЕРДЖЕННЯ МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ

Для підтвердження місця проживання в межах шкільного округу Sumner-Bonney Lake School District СЛІД надати ОДИН поточний документ (датований протягом останніх 30 днів) зі списку нижче, у якому вказано ім'я та адресу одного з батьків чи опікуна.

Зверніть увагу! Номери поштових скриньок не приймаються як адреси проживання.

- Документи умовного депонування, іпотечна книжка чи витяг або витяг про збори товариства власників житла
- Договір оренди/наймання та чинна квитанція про оренду
- Лист із багатоквартирного будинку або парку пересувних будинків-автофургонів на фірмовому бланку, підписаний домовласником, у якому зазначено, що один із батьків або опікун проживає за вказаною адресою
- Рахунок за телефон (стаціонарний, не мобільний) за вказаною адресою
- Заява про страхування житла
- Рахунок за вивіз сміття
- Рахунок за газ чи електроенергію
- Рахунок за воду
- Рахунок за кабельне телебачення
- Довідка із соціальних служб

Один із батьків / опікун (друкованими літерами): _____

Ім'я та прізвище учня (друкованими літерами): _____

Я заявляю, що вищевказаний учень проживає за адресою, зазначеною в одному з наведених вище документів, який додано до цього реєстраційного пакета. Я повідомлю школу протягом двох тижнів про зміну місця проживання та зобов'язуюся в такому разі надати нове підтвердження місця проживання й оновлену підписану заяву. Якщо я переїду за межі шкільного округу, я розумію, що необхідно подати міжокружне звільнення від відвідування (документ про переведення до закладу за вибором), щоб запросити продовження відвідування для цього учня.

Фальсифікація будь-якої інформації або документа, необхідних для підтвердження місця проживання, чи використання адреси іншої особи, якщо ви фактично не проживаєте там, можуть призвести до анулювання реєстрації учня в шкільному окрузі Sumner-Bonney Lake School District (див. Політику 3140.)

Підпис одного з батьків / опікуна: _____ Дата: _____

ЗАПОВНЮЄ СПІВРОБІТНИК ШКОЛИ

У доданих документах зазначені ім'я, прізвище та адреса осіб, які подають документи для зарахування зазначеного вище учня. Якщо це не один із батьків, тоді для оформлення опіки потрібна угода про підтвердження тимчасової згоди батьків шкільним округом Sumner-Bonney Lake School District.

Підпис директора чи уповноваженої особи: _____ Дата: _____

Назва школи: _____

Додаткові коментарі: _____



1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390

sumnersd.org

(253) 891-6000

KNOW
VALUE
SUPPORT

FUTURE
READY



Реєстраційна форма учня

ІНФОРМАЦІЯ ПРО УЧНЯ

Прізвище учня (за документами): _____ Суфікс: _____
Ім'я учня (за документами): _____ Клас: _____
Друге ім'я учня (за документами): _____ Гендерна ідентичність: ☐ Чоловік ☐ Жінка
☐ Не чоловік і не жінка

Дата народження (місяць/день/рік): _____

Чи була ваша дитина колись зареєстрована в шкільному окрузі Sumner-Bonney Lake School District? ☐ Так ☐ Ні Якщо так,
укажіть школу: _____

Ваша дитина коли-небудь відвідувала школу під іншим ім'ям? Якщо так, під якими іменами? _____

Приналежність до сім'ї військовослужбовця

Шкільні округи в штаті Washington State зобов'язані отримувати від сімей інформацію про дійсний військовий статус. Ця інформація використовується для усунення бар'єрів на шляху до успіху в навчанні, що накладаються на дітей із сімей військовослужбовців через часті переїзди та відрядження їхніх батьків. **Укажіть нижче, чи ви зараз є дійсним військовослужбовцем Збройних сил США, National Guard або перебуваєте в резерві.**

Зараз несю службу в Збройних силах США, National Guard або перебуваю в резерві. ☐ Ні ☐ Так Якщо так, виберіть один із варіантів нижче.

☐ Дійсна служба в Збройних силах США ☐ Служба в National Guard ☐ Більше за одного члена сім'ї в Збройних силах/National Guard ☐ Перебуваю в резерві Збройних сил США

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СКЛАД ДОМОГОСПОДАРСТВА № 1

Один із батьків / опікун № 1

Прізвище: _____ Ім'я: _____

Ким доводиться учневі: ☐ Батько ☐ Мати ☐ Опікун ☐ Батько/матір із прийомної сім'ї ☐ Інше _____

Домашній телефон: (____) _____ Мобільний телефон: (____) _____ Робочий телефон: (____) _____ Дод.: _____

Позначте тут, якщо номер телефону не внесений у довідник ☐

Основний контактний номер телефону (позначте один варіант): ☐ Домашній ☐ Мобільний ☐ Робочий Адреса електронної пошти: _____

Вулиця: _____ Номер квартири: _____ Місто, штат, поштовий індекс: _____

Поштова адреса / поштова скринька: _____ Місто, штат, поштовий індекс: _____

(Заповніть, якщо відрізняється від адреси проживання)

Один із батьків / опікун № 2

Прізвище: _____ Ім'я: _____

Ким доводиться учневі: ☐ Батько ☐ Мати ☐ Опікун ☐ Батько/матір із прийомної сім'ї ☐ Інше _____

Мобільний телефон: (____) _____ Робочий телефон: (____) _____ Дод.: _____ Адреса електронної пошти: _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СКЛАД ДОМОГОСПОДАРСТВА № 2

Один із батьків / опікун № 1

Прізвище: _____ Ім'я: _____

Ким доводиться учневі: ☐ Батько ☐ Мати ☐ Опікун ☐ Батько/матір із прийомної сім'ї ☐ Інше _____

Домашній телефон: (____) _____ Мобільний телефон: (____) _____ Робочий телефон: (____) _____ Дод.: _____

Позначте тут, якщо номер телефону не внесений у довідник ☐

Основний контактний номер телефону (позначте один варіант): ☐ Домашній ☐ Мобільний ☐ Робочий Адреса електронної пошти: _____

Вулиця: _____ Номер квартири: _____ Місто, штат, поштовий індекс: _____

Поштова адреса / поштова скринька: _____ Місто, штат, поштовий індекс: _____

(Заповніть, якщо відрізняється від адреси проживання)

Один із батьків / опікун № 2

Прізвище: _____ Ім'я: _____

Ким доводиться учневі: ☐ Батько ☐ Мати ☐ Опікун ☐ Батько/матір із прийомної сім'ї ☐ Інше _____

Мобільний телефон: (____) _____ Робочий телефон: (____) _____ Дод.: _____ Адреса електронної пошти: _____

МИ ОБИЦЯЄМО знати особливості **всіх учнів**, цінувати їх і надавати їм підтримку, щоб допомогти підготуватися до успішної реалізації своїх планів у майбутньому.



1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390

sumnersd.org

(253) 891-6000

KNOW
VALUE
SUPPORT

FUTURE
READY



ІНШІ ДІТИ, ЯКІ ВІДВІДУЮТЬ НАВЧАЛЬНІ ЗАКЛАДИ В ШКІЛЬНОМУ ОКРУЗІ SUMNER-BONNEY LAKE SCHOOL DISTRICT

Прізвище (за документами): _____ Ім'я за документами: _____ Школа: _____ Клас: _____
Прізвище (за документами): _____ Ім'я за документами: _____ Школа: _____ Клас: _____
Прізвище (за документами): _____ Ім'я за документами: _____ Школа: _____ Клас: _____
Прізвище (за документами): _____ Ім'я за документами: _____ Школа: _____ Клас: _____

ЕКСТРЕНІ КОНТАКТИ — УКАЗУЙТЕ ОДНЕ ІМ'Я В КОЖНОМУ РЯДКУ

Ім'я та прізвище (крім опікуна): _____ Ким доводиться учневі: _____
Номер телефону: (_____) _____ ☐ Домашній ☐ Мобільний ☐ Робочий

Ім'я та прізвище (крім опікуна): _____ Ким доводиться учневі: _____
Номер телефону: (_____) _____ ☐ Домашній ☐ Мобільний ☐ Робочий

Ім'я та прізвище (крім опікуна): _____ Ким доводиться учневі: _____
Номер телефону: (_____) _____ ☐ Домашній ☐ Мобільний ☐ Робочий

Ім'я та прізвище (крім опікуна): _____ Ким доводиться учневі: _____
Номер телефону: (_____) _____ ☐ Домашній ☐ Мобільний ☐ Робочий

ІСТОРІЯ УЧНЯ

Назва останньої школи, яку відвідував учень: _____ Район: _____ Місто: _____ Штат: _____
Ваша дитина колись залишалася на другий рік? ☐ Так ☐ Ні що так, то в яких класах? _____
Чи отримувала ваша дитина коли-небудь послуги за будь-якою з наведених програм? Позначте всі застосовні програми.
☐ Спеціальна освіта (включно з логопедичними послугами) ☐ Умови навчання відповідно до розділу 504 Закону про реабілітацію
☐ Для обдарованих учнів ☐ Для учнів, що вивчають англійську мову (English language learner, ELL) ☐ Послуги за програмою Title 1
☐ Послуги за програмою допомоги в навчанні (Learning Assistance Program, LAP) ☐ Послуги для мігрантів
Назва школи, у якій надавалися послуги: _____ Дата _____
Чи переїжджали ви за останні два роки в пошуках роботи в сільськогосподарській галузі? ☐ Так ☐ Ні
Чи має ваша дитина будь-які минулі, поточні або майбутні дисциплінарні стягнення чи будь-які історії агресивної поведінки?
☐ Так ☐ Ні Дата _____
Ваша дитина зараз відсторонена або відрахована з іншої школи? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, укажіть причину: _____
Чи є чинний план спільної опіки або виховання дітей? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, завірена копія останнього плану повинна зберігатися в школі для забезпечення дотримання.
Чи існує заборонний судовий наказ щодо будь-кого, хто має відношення до вашого учня? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, тоді найновіші засвідчені юридичні документи мають зберігатися в школі для забезпечення дотримання. Заборонний судовий наказ винесено щодо ☐ Матері ☐ Батька
☐ Іншої особи: _____

ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ

Чи відвідує учень заклад догляду за дітьми? ☐ До школи ☐ Після школи ☐ До та після школи
Ім'я та прізвище постачальника послуг: _____ Номер телефону: (_____) _____
Вулиця: _____ Місто, штат, поштовий індекс: _____

МИ ОБИЦЯЄМО знати особливості **всіх учнів**, цінувати їх і надавати їм підтримку, щоб допомогти підготуватися до успішної реалізації своїх планів у майбутньому.



1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390

sumnersd.org

(253) 891-6000



НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ

Федеральний закон забороняє шкільним округам розголошувати інформацію, знайдену у файлах учнів, без дозволу батьків/опікунів, окрім так званої довідкової інформації. Довідкову інформацію можна надавати відповідно до Закону про права сім'ї на освіту та конфіденційність від 1974 року (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA). Округ не надає довідкову інформацію з комерційною метою.

Батьки учнів до 18 років і учні старше 18 років мають право вимагати від шкільного округу та його шкіл зберігати конфіденційність довідкової інформації. Якщо ви вирішите попросити округ приховати інформацію від публічного доступу або використання округом, пам'ятайте, що округ не надаватиме та не публікуватиме будь-яку інформацію про вашу дитину з жодної причини.

Якщо ви бажаєте, щоб довідкова інформація вашої дитини залишалася конфіденційною, необхідно заповнити форму для приховання довідкової інформації. Цю форму можна знайти на сайті www.sumnersd.org/FERPA. Її потрібно надіслати до школи, де навчається ваша дитина. Цю форму слід подавати на початку кожного навчального року. Якщо не отримано форми для приховання довідкової інформації, тоді дозволено розкривати зазначену інформацію без письмової згоди.

Інформація в цій формі є достовірною та точною станом на цю дату. Я розумію, що фальсифікація інформації для зарахування або призначення може стати причиною анулювання зарахування або призначення учня до школи шкільного округу Sumner-Bonney Lake School District.

Підпис одного з батьків / опікуна: _____ Дата: _____

Роботодавець, що забезпечує рівні можливості

Шкільний округ Sumner-Bonney Lake School District дотримується всіх застосовних на рівні країни та штату правил і положень, а також не допускає дискримінації за ознакою раси, віросповідання, кольору шкіри, національного походження, наявності дітей у родині, статі, сімейного стану, сексуальної орієнтації, віку, статусу почесно звільненого ветерана чи військового статусу, або за наявності будь-яких сенсорних, розумових чи фізичних порушень, або використання навченого собаки-поводиря чи службової тварини людиною з інвалідністю. Це стосується всіх можливостей працевлаштування в окрузі. Запити щодо дотримання вимог і/або процедур розгляду скарг слід надсилати координатору шкільного округу щодо забезпечення рівних можливостей і/або питань, пов'язаних із розділом 504 Закону про реабілітацію та Законом про громадян США з інвалідністю (Americans with Disabilities Act, ADA).

Розділ 49.60.010 Зводу законів штату Washington із поправками (Revised Code of Washington, RCW)

Телефон окружного відділення: 253-891-6000

Спеціаліст із рівних можливостей/питань, пов'язаних із законом про рівні можливості в освіті (Title IX) — Adrienne Chacon

Координатор питань, пов'язаних із розділом 504 Закону про реабілітацію та законом ADA — Robert Gallagher

МИ ОБИЦЯЄМО знати особливості **всіх учнів**, цінувати їх і надавати їм підтримку, щоб допомогти підготуватися до успішної реалізації своїх планів у майбутньому.

Ім'я та прізвище учня: _____ Клас: _____ Школа: _____ Дата: _____

Шкільний округ Sumner-Bonney Lake School District
Форма для збирання даних про етнічну приналежність і расу

Шкільні округи в штаті Washington зобов'язані повідомляти дані про учнів щодо етнічної приналежності та расових категорій в Управління інспектора громадської освіти штату (Office of Superintendent of Public Instruction). Категорії етнічної приналежності та раси, що використовуються в нашому окрузі, такі самі, як у всіх шкільних округах штату Washington. Вони встановлюються федеральним урядом, Законодавчими зборами штату Washington State та Інспектором громадської освіти штату (State Superintendent of Public Instruction). Якщо батьки, опікуни або учні не нададуть інформації про етнічну та расову приналежність, округи зобов'язані призначити категорії на основі спостереження. **Виберіть етнічну приналежність і расу. Не забудьте також поставити підпис і дату на сторінці 2 цієї форми.**

Етнічна приналежність на рівні штату. Ваша дитина має іспанське чи латиноамериканське походження? (Якщо так, позначте всі відповідні варіанти) ____ Так ____ Ні (H01)

☐	Іспанці (H00)
☐	Аргентинці (H02)
☐	Болівійці (H03)
☐	Бразильці (H04)
☐	Чикано (американці мексиканського походження) (H06)
☐	Чилійці (H06)
☐	Колумбійці (H07)
☐	Костариканці (H08)

☐	Кубинці (H09)
☐	Домініканці (H10)
☐	Еквадорці (H11)
☐	Гватемальці (H12)
☐	Гайанці (H13)
☐	Гондурасці (H14)
☐	Ямайці (H15)
☐	Мексиканці (H16)

☐	Метиси (H17)
☐	Корінні американці (H18)
☐	Нікарагуанці (H19)
☐	Панамці (H20)
☐	Парагвайці (H21)
☐	Перуанці (H22)
☐	Пуерториканці (H23)

☐	Сальвадорці (H24)
☐	Іспанці (H25)
☐	Суринамці (H26)
☐	Уругвайці (H27)
☐	Венесуельці (H28)
☐	_____

Укажіть групу іспанського/
латиноамериканського походження
(H29) вище

Раси на рівні штату та країни. До яких рас ви відносите свою дитину? (Позначте всі відповідні варіанти)

Раса — американські індіанці/корінні жителі Аляски	
☐	Американські індіанці/корінні жителі Аляски (N00)
☐	_____

Укажіть групу корінних жителів Аляски
(N36) вище

☐	_____
--------------------------	-------

Укажіть групу американських індіанців
(N37) вище

Племена штату Washington

☐	Плем'я Chinook (N01)
☐	Конфедеративні племена та групи народу Yakama (N02)
☐	Конфедеративні племена з резервації Chehalis (N03)
☐	Конфедеративні племена з резервації Colville (N04)
☐	Індіанське плем'я Cowlitz (N05)
☐	Плем'я Duwamish (N06)
☐	Індіанське плем'я Hoh (N07)
☐	Плем'я Jamestown S'Klallam (N08)
☐	Індіанська спільнота Kalispel / резервація Kalispel (N09)
☐	Індіанська нація Kikiallus (N10)
☐	Племінна спільнота Lower Elwha (N11)
☐	Плем'я Lummi з резервації Lummi (N12)
☐	Індіанське плем'я Makah / індіанська резервація Makah (N13)
☐	Група Marietta з племені Band of Nooksack (N14)
☐	Індіанське плем'я Muckleshoot (N15)
☐	Індіанське плем'я Nisqually (N16)
☐	Індіанське плем'я Nooksack із Washington (N17)
☐	Плем'я Port Gamble S'Klallam (N18)

☐	Плем'я Puyallup із резервації Puyallup (N19)
☐	Плем'я Quileute із резервації Quileute (N20)
☐	Індіанська нація Quinault (N21)
☐	Індіанська нація Samish (N22)
☐	Індіанське плем'я Sauk-Suiattle із Washington (N23)
☐	Індіанське плем'я Shoalwater Bay / індіанська резервація Shoalwater Bay (N24)
☐	Індіанське плем'я Skokomish (N25)
☐	Плем'я Snohomish (N26)
☐	Індіанське плем'я Snoqualmie (N27)
☐	Плем'я Snoqualmoo (N28)
☐	Плем'я Spokane із резервації Spokane (N29)
☐	Плем'я Squaxin Island із резервації Squaxin Island (N30)
☐	Плем'я Steilacoom (N31)
☐	Плем'я індіанців Stillaguamish із Washington (N32)
☐	Індіанське плем'я Suquamish із резервації Port Madison (N33)
☐	Індіанська племінна спільнота Swinomish (N34)
☐	Племена Tulalip із Washington (N35)

Раса — азійці	
☐	Азійці (A00)
☐	Індійці (A01)
☐	Бангладешці (A02)
☐	Бутанці (A03)
☐	Бірманці (A04)
☐	Камбоджійці/кхмерці (A05)
☐	Чами (A06)
☐	Китайці (A07)
☐	Філіппінці (A08)
☐	Хмонги (A09)
☐	Індонезійці (A10)
☐	Японці (A11)
☐	Корейці (A12)
☐	Лаосці (A13)
☐	Малайзійці (A14)
☐	Яо (A15)

☐	Монголи (A16)
☐	Непальці (A17)
☐	Окінавці (A18)
☐	Пакистанці (A19)
☐	Пенджабці (A20)
☐	Сінгапурці (A21)
☐	Шріланкійці (A22)
☐	Тайванці (A23)

☐	Тайці (A24)
☐	Тибетці (A25)
☐	В'єтнамці (A26)
☐	_____

Укажіть групу азійців (A27)

Продовження форми для збирання даних про етнічну приналежність і расу на наступній сторінці

Раса — темношкірі/афроамериканці

Темношкірі/африканці

Темношкірі/афроамериканці (B00)

Афроамериканці (B01)

Афроканадці (B02)

Карибці

Ангільйці (B03)

Антигуанці (B04)

Багамці (B05)

Барбадосці (B06)

Вихідці з Британських
Віргінських островів (B08)

Кайманці (Кайманові острови)
(B09)

Кубинські домініканці
(B10)

Вихідці з Домініканської
Республіки (B11)

Голландські антильці (B12)

Гренадці (B13)

Гваделупці (B14)

Гаїтяни (B15)

Пуерториканці (B19)

Ямайці (B16)

Вихідці з Мартиніки (B17)

Монтсерратійці (B18)

Вихідці із Сен-Бартелемі (B07)

Вихідці із Центральноафриканської Республіки

Ангольці (B21)

Конголезці (з Демократичної
Республіки Конго) (B26)

Чадці (B24)

Конголезці (з Республіки
Конго) (B25)

Уродженці Прінсіпі (B30)

Габонці (B28)

Вихідці із Сан-Томе (B29)

Вихідці із
Центральноафриканської
Республіки (B23)

Укажіть групу вихідців із
Центральноафриканської Республіки (B31)

Камерунці (B22)

Екваторіальні гвінейці
(B27)

Вихідці зі Східної Африки

Бурундійці (B32)

Коморці (B33)

Джибутійці (B34)

Еритрейці (B35)

Ефіопці (B36)

Кенійці (B37)

Малагасійці (Мадагаскар)
(B38)

Малавійці (B39)

Маврикійці (B40)

Махоранці (Майотта) (B41)

Мозамбікці (B42)

Реюньйонці (B43)

Руандійці (B44)

Сейшельці (B45)

Сомалійці (B46)

Південносуданці (B47)

Суданці (B48)

Угандійці (B49)

Танзанійці (B50)

Замбійці (B51)

Зімбабвійці (B52)

Укажіть групу вихідців зі Східної Африки
(B53) вище

Латиноамериканці

Аргентинці (B54)

Белізці (B55)

Болівійці (B56)

Бразильці (B57)

Чилійці (B58)

Колумбійці (B59)

Костариканці (B60)

Еквадорці (B61)

Сальвадорці (B62)

Вихідці з Фолклендських
островів (B63)

Французькі гвіанці (B64)

Гватемальці (B65)

Гайанці (B66)

Гондурасці (B67)

Мексиканці (B68)

Нікарагуанці (B69)

Панамці (B70)

Парагвайці (B71)

Перуанці (B72)

Уродженці Південної
Джорджії та Південних
Сандвічевих Островів (B73)

Суринамці (B74)

Уругвайці (B75)

Венесуельці (B76)

Укажіть групу латиноамериканців (B77)
вище

Вихідці з Південної Африки

Ботсванці (B78)

Південноафриканці (B81)

Намібійці (B80)

Укажіть групу південноафриканців
(B83) вище

Свазі (B82)

Лесотці (Лесото) (B79)

Вихідці із Західної Африки

Бенінці (B84)

Бісау-гвінейці (B85)

Вихідці з Буркіна-Фасо (B86)

Кабовердіанці (B87)

Івуарійці (Кот-д'Івуар) (B88)

Гамбійці (B89)

Ганці (B90)

Ліберійці (B91)

Малійці (B92)

Мавританці (B93)

Нігерці (Niger) (B94)

Нігерійці (Nigeria) (B95)

Уродженці Островів
Святої Олени (B96)

Сенегальці (B97)

Сьєрралеонці (B98)

Тоголезці (B99)

Укажіть групу західноафриканців
(C01) вище

Раса — корінні гавайці/уродженці інших островів Тихого океану

Корінні гавайці / уродженці інших островів Тихого океану (P00)

Уродженці островів Тихого океану

Каролінці (P01)

Чаморро (P02)

Маорійці (P07)

Уродженці Маршаллових
островів (P08)

Понпейці (P13)

Самоанці (P14)

Тонганці (P18)

Тувалуанці (P19)

	Чуукці (P03)		Корінні гавайці (P09)		Уродженці Соломонових Островів (P15)		Япці (P20)
	Фіджійці (P04)		Ні-вануату (P10)		Таїтянці (P16)		
	Кірибаті/гілбертці (P05)		Палаусці (P11)		Токелаунці (P17)		Укажіть групу уродженців островів Тихого океану (P21) вище
	Косрае (P06)		Папуаси (P12)				

Раса — білі			
	Білі (W00)		
Укажіть групу білих (W36) вище			

Східноєвропейці			
	Боснійці (W01)		Поляки (W03)
	Герцеговинці (W02)		Румуни (W04)
			Росіяни (W05)
			Українці (W06)
		Укажіть групу східноєвропейців (W07) вище	

Уродженці Близького Сходу/Північної Африки							
	Алжирці (W08)		Друзи (W16)		Ліванці (W24)		Тунісці (W32)
	Амазиги або бербери (W09)		Єгиптяни (W17)		Лівійці (W25)		Єменці (W33)
	Араби (W10)		Уродженці ОАЕ (W18)		Марокканці (W26)		
	Ассірійці (W11)		Іранці (W19)		Оманці (W27)		Укажіть групу уродженців Близького Сходу (W34) вище
	Бахрейнці (W12)		Іракці (W20)		Палестинці (W28)		
	Бедуїни (W13)		Ізраїльтяни (W21)		Катарці (W29)		Укажіть групу уродженців Північної Африки (W35) вище
	Халдеї (W14)		Йорданці (W22)		Уродженці Саудівської Аравії (W30)		
	Копти (W15)		Кувейтські курди (W23)		Сирійці (W31)		

Підпис одного з батьків / опікуна: _____ Дата: _____



Опитування з рідної мови проводиться серед усіх учнів, які зараховуються до шкіл штату Вашингтон.

Ім'я учня:		Клас:	Дата:
Ім'я одного з батьків/опікуна		Підпис одного з батьків/опікуна	
Право на отримання послуг письмового та усного перекладу Усі батьки мають право на отримання інформації про навчання своєї дитини зрозумілою їм мовою. Вкажіть, якій мові ви віддаєте перевагу, щоб у разі потреби ми мали змогу безкоштовно організувати вам послуги усного перекладача або письмовий переклад документів.	1. а) Якою мовою (мовами) ваша сім'я воліє отримувати письмові повідомлення від школи? _____ б) Чи потрібний вам перекладач для зборів та телефонних дзвінків (у тому числі американської мови жестів)? Ім'я батька/опікуна №1: _____ Потрібен перекладач? ____ Так ____ Ні Мова _____ Ім'я батька/опікуна №2: _____ Потрібен перекладач? ____ Так ____ Ні Мова _____		
Право на отримання допомоги у розвитку мовних навичок Інформація про мовні особливості учня допомагає нам визначити учнів, які можуть претендувати на допомогу, пов'язану з розвитком мовних навичок, для успішного навчання у школі. Може виникнути необхідність у проведенні тестування, щоб встановити, чи потрібна допомога у розвитку мовних навичок.	2. Якою мовою (мовами) ваша дитина вперше заговорила чи яку зрозуміла? _____ 3. Якою мовою найчастіше розмовляє ваша дитина вдома? _____ 4. Якою мовою ви здебільшого користуєтеся у побуті, не враховуючи мову, якою розмовляє ваша дитина? _____ 5. Чи отримувала ваша дитина допомогу, пов'язану з розвитком навичок володіння англійською мовою у школі, де вона навчалася раніше? Так ____ Ні ____ Не знаю ____		
Попереднє навчання Ваші відповіді щодо країни, де народилася ваша дитина, та її попереднього навчання: - Надайте нам інформацію стосовно знань і навичок, з якими ваша дитина йде до школи. - Це може дозволити шкільному округу отримати додаткове фінансування з федерального бюджету для надання допомоги вашій дитині. Ця форма не використовується з метою визначення імміграційного статусу учня.	6. У якій країні народилася ваша дитина? _____ 7. Чи проходила ваша дитина офіційне навчання за межами Сполучених Штатів? (Дитячий садок – 12-й клас) ____ Так ____ Ні Якщо так: Протягом скількох місяців: _____ Якою мовою: _____ 8. Коли ваша дитина вперше пішла до школи у Сполучених Штатах? (Дитячий садок – 12-й клас) _____ Місяць День Рік		

Дякуємо вам за надання інформації, необхідної для проведення опитування з рідної мови. У разі виникнення додаткових запитань стосовно цієї форми чи послуг, які надаються у школі, де навчається ваша дитина, звертайтеся до свого шкільного округу.





Certificate of Immunization Status (CIS)

Потрібно заповнювати друкованими літерами. Інструкції щодо заповнення та друку цієї форми свідоцтва про стан імунізації (CIS) за допомогою системи Washington State Immunization Information System (IIS, Інформаційна система з імунізації штату Вашингтон) див. на зворотній стороні цього документа.

Reviewed by: _____ Date: _____

Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

Прізвище дитини:		Ім'я дитини:		Ініціал імені по батькові:		Дата народження (ДД.ММ.РРРР)	
Я дозволяю школі/дошкільному освітньому закладу моєї дитини вводити дані про імунізацію в систему Immunization Information System для ведення медичних записів моєї дитини.				Лише для осіб з умовним допуском. Я усвідомлюю, що мою дитину умовно допущено до школи/дошкільного освітнього закладу. Щоб дитина могла надалі відвідувати навчальний заклад, мені потрібно у визначений термін надати документи про імунізацію. Вказівки щодо умовного допуску див. на зворотній стороні цього документа.			
X Підпис одного з батьків або опікуна				X Підпис одного з батьків або опікуна необхідний, якщо спочатку дитину допущено умовно			
Обов'язкові вакцини для допуску до школи або дошкільного освітнього закладу							Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)
▲ Необхідно для школи ● Необхідно для дошкільного освітнього закладу		ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР
● ▲ DTap (дифтерія, правець, кашлюк)							
▲ Tdap (правець, дифтерія, кашлюк) (7 клас і старше)							
● ▲ DT або Td (правець, дифтерія)							
● ▲ Hepatitis B (Гепатит В)							
● Hib (гемофільна інфекція типу b)							
● ▲ IPV (ІПВ, поліомієліт) (будь-яка комбінація IPV/OPV)							
● ▲ OPV (ОПВ, поліомієліт)							
● ▲ MMR (КПК або «кір, паротит, краснуха»)							
● PCV (пневмококова кон'югована вакцина / пневмококова полісахаридна вакцина) (пневмонія)							
● ▲ Varicella (Вітряна віспа (вітрянка) ☐ Історія хвороби, підтверджена в системі IIS							
Рекомендовані вакцини (необов'язкові для допуску до школи або дошкільного освітнього закладу)							
COVID-19							
Flu (Грип)							
Hepatitis A (Гепатит А)							
HPV (ВПЛ, вірус папіломи людини)							
MCV/MPSV (менингококова інфекція типів А, С, W, Y)							
MenB (менингококова інфекція типу В)							
Rotavirus (Ротавірус)							
I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.							Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____ If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Інструкції щодо заповнення свідоцтва Certificate of Immunization Status (CIS, свідоцтво про стан імунізації). Роздрукуйте форму із системи Immunization Information System (IIS) або заповніть її вручну.

Щоб роздрукувати форму із заповненою інформацією про імунізацію, виконайте наведені нижче дії.

Дізнайтеся, чи вводить ваш медичний заклад дані про імунізацію в систему WA Immunization Information System (реєстр штату Вашингтон). Якщо так, попросіть роздрукувати свідоцтво CIS із системи IIS, і дані щодо імунізації дитини буде заповнено автоматично. Ви також можете роздрукувати свідоцтво CIS удома, зареєструвавшись у системі MyIR і ввійшовши в неї на сторінці <https://myirmobile.com>. Якщо медичний заклад не використовує систему IIS, зверніться за адресою електронної пошти або зателефонуйте до Department of Health (Управління охорони здоров'я), щоб отримати копію свідоцтва CIS своєї дитини: waiisrecords@doh.wa.gov або 1-866-397-0337.

Щоб заповнити форму вручну:

1. Напишіть друкованими літерами ім'я й дату народження своєї дитини та поставте підпис у вказаному місці на сторінці.
2. Укажіть дату введення кожної вакцини в стовпці дати (у форматі ДД.ММ.РР). Якщо дитина отримує комбіновану вакцину (одна доза, що захищає від кількох захворювань), дотримуйтеся вказівок наведеного нижче довідкового посібника, щоб правильно записати кожну вакцину. Наприклад, препарат Pediarix слід указати для дифтерії, правця й кашлюку як «DTaP», вакцину від гепатиту В як «Hep B», а від поліомієліту – як «IPV».
3. Якщо дитина перенесла вітрянку (вітряну віспу), однак їй не робили щеплення, лікар має перевірити факт захворювання для відповідності вимогам школи.
 - Якщо лікар може підтвердити, що дитина хворіла на вітрянку, попросіть його поставити відповідний прапорець у розділі Documentation of Disease Immunity (Документація щодо імунітету до захворювань) і підписати форму.
 - Якщо працівники школи побачать у системі IIS підтвердження того, що дитина хворіла на вітрянку, вони поставлять прапорець під вітряною віспою в розділі вакцин.
4. Якщо дитина демонструє позитивний імунітет за результатами аналізу крові (титру), лікар повинен поставити прапорці біля відповідних захворювань у розділі Documentation of Disease Immunity та підписати форму, указавши дату. До цього свідоцтва CIS потрібно додати результати лабораторних аналізів.
5. Надайте підтвердження записів, завірених медичним закладом, відповідно до наведених нижче вказівок.

Припустимі медичні записи

Усі записи про вакцинацію мають бути завірені медичним закладом. Наприклад:

- Форма свідоцтва Certificate of Immunization Status (CIS), роздрукована з датами вакцинації із системи Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR або системи IIS іншого штату.
- Заповнений паперовий примірник свідоцтва CIS, засвідчений підписом лікаря.
- Заповнений паперовий примірник свідоцтва CIS і додані записи про вакцинацію з електронної картки в системі медичного закладу, засвідчені підписом або печаткою лікаря. Директор, медсестра або інша вповноважена особа школи повинні перевірити, чи правильно у свідоцтві CIS зазначено дати, і підписати форму.

Умовний допуск

Діти можуть умовно допускатися до школи або дошкільного освітнього закладу, якщо вони не пройшли всю необхідну для такого допуску вакцинацію. (Між дозами в курсі вакцинації існують мінімальні проміжки, тож деяким дітям може бути потрібно зачекати певний час, перш ніж вони зможуть завершити відповідний курс вакцинації. Це означає, що вони можуть бути умовно допущені до школи або дошкільного освітнього закладу під час очікування наступної обов'язкової дози вакцини.) Для умовного допуску до школи або дошкільного освітнього закладу дитині має бути призначено всі передбачені дози вакцин, перш ніж вона почне відвідувати школу або дошкільний освітній заклад.

Учні з умовним допуском можуть залишатись у школі протягом часу очікування мінімальної припустимої дати наступного введення вакцини та ще 30 днів, відведених для надання документів про вакцинацію. Якщо учню потрібно завершити кілька курсів вакцинації, умовний допуск продовжується схожим чином, доки всі обов'язкові вакцини не буде зроблено.

Якщо після 30-денного періоду умовного допуску документи не буде надано школі або дошкільному освітньому закладу, учню буде заборонено надалі відвідувати їх відповідно до положення RCW 28A.210.120 (розділ 28A.210.120 Зведення законів штату Вашингтон із поправками). Допустимими документами вважаються докази наявності імунітету до відповідного захворювання, медичні записи про вакцинацію або заповнена форма свідоцтва Certificate of Exemption (COE, свідоцтво про звільнення).

Батьки, чи готові ваші діти до школи?

Обов'язкові щеплення на 2025/2026 н. р.



Інструкції: знайдіть клас вашої дитини в першому стовпчику, щоб подивитися, які щеплення необхідні для відвідування школи. У відповідному рядку вказана кількість доз вакцини, необхідна вашій дитині для вступу до школи.

	дифтерія, правець, кашлюк	Гепатит В	Гемофільна інфекція типу b	кір, паротит, краснуха	пневмококова кон'югована вакцина	Поліомієліт	Вітряна віспа (вітрянка)
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Дошкільна освіта Від 19 місяців до 4 років на дату 01.09.2024 р.	4 дози DTaP	3 дози	3 або 4 дози* (залежно від вакцини)	1 доза	4 дози*	3 doses	1 доза**
Дошкільна/перехідна освіта Дитячий садок Від 4 років на дату 01.09.2024 р.	5 доз DTaP*	3 дози	3 або 4 дози* (залежно від вакцини) (не є обов'язковою для дітей віком від 5 років)	2 дози	4 дози* (не є обов'язковою для дітей віком від 5 років)	4 дози*	2 дози**
Від дитячого садочка до 6 класу	5 доз DTaP*	3 дози	Не є обов'язковою	2 дози	Не є обов'язковою	4 дози*	2 дози**
Від 7 до 12 класу	5 доз DTaP* / додатково Tdap у віці від 10 років	3 дози	Не є обов'язковою	2 дози	Не є обов'язковою	4 дози*	2 дози**

* Можливе щеплення меншою кількістю доз, ніж зазначено, залежно від того, коли проходила вакцинація. ** Також допускається перевірка сімейним лікарем історії захворювання на вітряну віспу. Щоб відповідати вимогам школи, учні повинні отримувати щеплення в установлені проміжки часу. Якщо у вас виникли питання, проконсультуйтеся зі своїм сімейним лікарем або персоналом школи. Інформацію про інші важливі вакцини, які не є обов'язковими для відвідування школи, можна знайти на сайті: www.immunize.org/cdc/schedules.



Історія хвороби учня

Учень: Прізвище _____ Ім'я _____ Дата народження _____

Закон штату вимагає, щоб учні з небезпечними для життя станами здоров'я, як-от анафілаксія, важка астма, діабет або конвульсії, мали план медичного обслуговування до першого дня в школі. Зв'яжіться зі шкільною медсестрою якнайшвидше, щоб заповнити відповідні форми.

Чи має ваша дитина НЕБЕЗПЕЧНИЙ ДЛЯ ЖИТТЯ стан здоров'я? ☐ Так ☐ Ні

Історія хвороб (позначте всі відповідні пункти)

НЕБЕЗПЕЧНІ ДЛЯ ЖИТТЯ СТАНИ ЗДОРОВ'Я

(ПОТРІБЕН план медичного обслуговування)

EG ☐ Анафілаксія (призначено адреналін)

Алергени: _____

EK ☐ Діабет, тип 1

NP ☐ Конвульсії (потрібне екстрене введення ліків)

RG ☐ Астма, важка форма

☐ Інші небезпечні для життя стани здоров'я: _____

Уроджені й генетичні захворювання

AN ☐ Синдром Дауна

AJ ☐ Фетальний алкогольний синдром

☐ Інше, укажіть: _____

Хвороби крові, гематологічні розлади

BA ☐ Анемія

BB ☐ Гемофілія

BC ☐ Серповидноклітинна хвороба: _____ Ознака: _____

OJ ☐ Сильні носові кровотечі в анамнезі

☐ Інше захворювання крові: _____

Кардіологічні захворювання, хвороби серця

CC ☐ Вроджена вада серця

CD ☐ Шуми в серці

☐ Інші серцево-судинні захворювання: _____

Алергії, розлади імунної, ендокринної, метаболічної системи та харчування

ED ☐ Алергія на їжу: _____

EE ☐ Алергія на комах: _____

☐ Інша алергія: _____

EL ☐ Діабет, тип 2

☐ Інші розлади імунної, ендокринної, метаболічної системи та харчування: _____

Шлунково-кишкові, стоматологічні захворювання та хвороби ротової порожнини

GA ☐ Целиакія

GG ☐ Харчова непереносимість (укажіть): _____

GL ☐ Непереносимість лактози

GF ☐ Нетримання калу

GO ☐ Хронічний запор

GN ☐ Шлунковий рефлюкс

GJ ☐ Запальне захворювання кишечника

GK ☐ Синдром подразненого кишечника

☐ Інше захворювання шлунково-кишкового тракту, печінки, зубів або ротової порожнини: _____

Захворювання опорно-рухового апарату

MC ☐ Ювенільний ревматоїдний/ідіопатичний артрит

☐ Інше (укажіть): _____

Рак, пухлина

☐ Укажіть: _____

Розлади нервової системи

NB ☐ Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD) / синдром дефіциту уваги (Attention Deficit Disorder, ADD), ким діагностовано: _____

NC ☐ Розлад аутистичного спектра

NE ☐ Дитячий церебральний параліч

NF ☐ Порушення розвитку

NH ☐ Мігрень

NI ☐ Повторюваний головний біль

NP ☐ Судомний синдром: ☐ зараз ☐ у минулому, тип: _____

NU ☐ Черепно-мозкова травма

☐ Інший неврологічний розлад: _____

Трансплантат

OD ☐ Укажіть органи й дати: _____

Психічні чи поведінкові розлади

PA ☐ Тривожність

PC ☐ Депресія

PH ☐ Порушення сну

☐ Інші психічні чи поведінкові розлади: _____

Респіраторні хвороби, захворювання дихальної системи

RG ☐ Астма, зараз

RH ☐ Астма, було коли-небудь діагностовано

RA ☐ Астма, напади спричинює фізичне навантаження

RE ☐ Реактивне захворювання дихальних шляхів

☐ Інші респіраторні захворювання: _____

Шкірні захворювання

SB ☐ Екзема, контактний дерматит або псоріаз

☐ Інше захворювання шкіри: _____

Захворювання сечовидільної системи та статевих органів

☐ Укажіть: _____

Хвороби вух, розлади слуху

YA ☐ Хронічні інфекції вух: ☐ зараз ☐ у минулому

YB ☐ Порушення слуху: ☐ слуховий апарат ☐ кохлеарний імплантат

☐ Інші захворювання вух: _____

Очі/зір

YF ☐ Носить окуляри/контактні лінзи

YE ☐ Порушення колірної зору

YD ☐ Слабкий зір

☐ Інші захворювання очей: _____

Інші проблеми зі здоров'ям

☐ Укажіть: _____

Історія хвороб учня (продовження)

Учень: Прізвище _____ Ім'я _____ Дата народження _____

Медичні пристрої

- OLA ☐ Стимулятор блукаючого нерва
OLB ☐ Автоматичний внутрішній кардіодефібрилятор
OLC ☐ Кардіостимулятор
OLD ☐ Гастростомічна трубка
OLE ☐ Еюностомічна трубка

☐ Скоби

☐ Протез (укажіть): _____

☐ Інші медичні пристрої: _____

Питання гігієни (тільки для підготовчого класу)

Учень самостійно користується туалетом і дотримується правил гігієни:

☐ Так ☐ Ні

Якщо ні, поясніть докладніше: _____

Стома

OKA ☐ Гастростомія

OKB ☐ Колостомія

OKD ☐ Трахеостомія

OKE ☐ Уростомія

OK ☐ Інше (укажіть): _____

Проблеми з фізичною активністю / мобільністю:

☐ Колісне крісло

☐ Милиці

☐ Інше (укажіть): _____

ОС ☐ Немає відомих проблем зі здоров'ям

Поставте ініціали: _____

Ліки

Повідомте про всі ліки, які ваша дитина приймає вдома та/або в школі.

Чи потрібні ліки **вдома**? ☐ Ні ☐ Так (укажіть): _____

Чи потрібні ліки **в школі**? ☐ Ні ☐ Так (укажіть): _____

Заповніть НЕОБХІДНІ документи для приймання ліків у школі.

Закон штату вимагає письмового дозволу від опікуна та постачальника медичних послуг, перш ніж будь-які ліки (що відпускаються за рецептом або без рецепта) можна буде приймати в школі. Бланки можна отримати в шкільному офісі або на сайті нашого округу. Їх потрібно заповнювати кожного календарного року.

Я розумію, що надану мною інформацію буде передано відповідному шкільному персоналу, який повинен мати її для забезпечення здоров'я та безпеки моєї дитини. Якщо в разі потреби в екстреній медичній допомозі неможливо зв'язатися з батьками / опікунами або уповноваженими контактними особами для екстрених ситуацій і якщо, на думку адміністрації школи, медична допомога потрібна невідкладно, я надаю шкільній адміністрації право та дозвіл направити учня до найближчої лікарні або лікаря. Я розумію, що беру на себе повну відповідальність за оплату будь-яких послуг.

Я розумію, що закон штату Washington вимагає, щоб перед початком навчання дитина мала повний або умовний статус вакцинації.

Я даю дозвіл школі моєї дитини додавати інформацію про вакцинацію в Інформаційну систему вакцинації, щоб допомогти школі вести шкільну документацію моєї дитини.

Підпис одного з батьків / законного опікуна _____ Дата _____

Підтвердження вакцинації (заповнюється адміністрацією)

№ WAIS: _____ Серія CIS: ☐ Дошкільний заклад ☐ Клас K-6 ☐ Клас 7 ☐ Клас 8–12

☐ Статус вакцинації є ПОВНИМ у Сертифікаті статусу вакцинації (Certificate of Immunization Status, CIS) в Інформаційній системі вакцинації штату Washington (Washington State Immunization Information System, WAIS).

АБО

☐ Статус вакцинації є УМОВНИМ у CIS системи WAIS, а дата закінчення умовного статусу настає після першого дня відвідування.

☐ Один із батьків/опікун підписав підтвердження умовного статусу в CIS.

АБО

☐ Учень не зареєстрований у WAIS. Потрібно надати документи про вакцинацію, засвідчені медичним фахівцем або установою.

☐ Документи про вакцинацію, засвідчені медичним фахівцем або установою, надано ☐ Дозволи на внесення заяви підписано АБО

☐ Надано свідоцтво про звільнення (Certificate of Exemption, COE) для всіх вакцин, що не відповідають вимогам у CIS системи WAIS або у WAIS.

☐ COE повністю заповнено

☐ Дозволи на внесення заяви підписано

АБО

☐ Статус вакцинації НЕ ПОВНИЙ у CIS системи WAIS. Учень не може почати відвідувати школу, доки не буде отримано документацію щодо відсутніх щеплень, яка змінить статус CIS на ПОВНИЙ або УМОВНИЙ.

☐ Учня додано в список шкільного модуля, клас: _____

Співробітник, що підтвердив вакцинацію _____ Дата _____



Опитування щодо місця проживання учнів Sumner-Bonney Lake School District

Відповіді на наступні запитання зможуть допомогти визначити послуги, які цей учень має право отримувати згідно з законом МакКіні-Венто 42 U.S.C. 11435. Закон МакКіні-Венто надає послуги та підтримку безпритульним дітям та підліткам. (Більш детальну інформацію наведено на зворотному боці)

Якщо ви маєте/орендуєте своє житло, вам не потрібно заповнювати цю форму.

Якщо ви не маєте/не орендуєте своє житло, відзначте всі відповідні варіанти нижче. (Подати до районного представництва у справах безпритульних. Контактна інформація знаходиться в нижній частині сторінки).

- | | |
|--|---|
| ☐ В готелі | ☐ У машині, парку, на кемпінгу або у подібному місці |
| ☐ У притулку | ☐ Тимчасове житло |
| ☐ Переїжджаючи з місця на місце / каучсерфінг | ☐ Інше _____ |
| ☐ У чужому будинку або квартирі з іншою родиною | |
| ☐ У місці проживання з невідповідними житловими умовами (відсутня вода, опалення, електроенергія або ін.) | |

ПІБ учня: _____
Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____

Назва школи: _____ Ступінь: _____ Дата народження (Місяць/День/Рік): _____ Вік: _____

Стать: _____
☐ Учень безпритульний (не проживає з батьками або законними опікунами)
☐ Учень проживає з одним з батьків або законним опікуном

АДРЕСА ПОТОЧНОГО МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ АБО КОНТАКТНИЙ НОМЕР: _____ ІМ'Я КОНТАКТНОЇ ОСОБИ: _____

ПІБ одного з батьків (обох батьків) / законного опікуна (опікунів): _____
(або безпритульного підлітка)

*Підпис одного з батьків / законного опікуна: _____ Дата: _____
(або безпритульного підлітка)

*Я заявляю під страхом покарання за надання неправдивих свідчень згідно з законами штату Вашингтон, що наведена тут інформація є правдивою та вірною.

Районне представництво Номер телефону
Amanda Mangan 253-891-6135

Тільки для персоналу школи: З метою збору даних та кодування системи інформації про учнів

☐ (N) Не безпритульний ☐ (A) Притулок ☐ (B) Спільне проживання ☐ (C) Безпритульний ☐ (D) Готелі/мотелі

РОЗДІЛ 725. ВИЗНАЧЕННЯ

В цьому документі:

- (1) Термін «зарахувати» та «зарахування» включає відвідування занять та участі у шкільних заходах в повному обсязі.
- (2) Термін «бездомні діти або підлітки» —
 - (A) означає осіб, які не мають постійного, регулярного та відповідного місця ночівлі (в рамках визначення, наведеного в розділі 103(a)(1)); та
 - (B) включає —
 - (i) дітей та підлітків, які проживають в оселі інших осіб через втрату помешкання, економічні труднощі або з інших подібних причин; проживають в мотелях, готелях, трейлерних парках або на кемпінгах через відсутність іншого достатнього помешкання; проживають в аварійних або тимчасових укриттях; покинуті в лікарнях; або чекають на опікунів;
 - (ii) дітей та підлітків, які у якості основного місця ночівлі використовують громадські або приватні місця, що не призначені або зазвичай не використовуються для розміщення та ночівлі людей (згідно з визначенням, наведеним у розділі 103(a)(2)(C));
 - (iii) дітей та підлітків, що проживають у машинах, парках, громадських місцях, покинутих будівлях, несприятливих житлових умовах, на автобусних або залізничних вокзалах або у подібних установах; та
 - (iv) дітей-мігрантів (визначення цього терміна наведено в розділі 1309 закону про початкову та середню освіту 1965 року), які відносяться до бездомних в цьому документі через те, що ці діти мешкають в умовах, описаних в пунктах від (i) до (iii).
- (6) Термін «безпритульний підліток» включає підлітків, які не мають фізичної опіки з боку батьків або опікунів.

ДОДАТКОВІ ДЖЕРЕЛА

Інформацію для батьків та додаткові джерела можна знайти за наступними посиланнями:

[National Center for Homeless Education](#)

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



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

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

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

Office of the Education Ombuds (OEO, Офіс освітнього омбудсмена) губернатора штату Вашингтон – це незалежна державна установа, яка допомагає зменшити різницю в можливостях здобути освіту, підтримуючи родини, учнів, освітян та інших зацікавлених осіб у штаті Вашингтон, щоб їм було простіше зрозуміти систему шкіл K-12 і вирішувати проблеми разом. Послуги ОЕО надаються безкоштовно й конфіденційно. Будь-яка людина може звернутися до ОЕО із запитанням або проблемою, що стосується школи. Представники ОЕО вислуховують, надають інформацію та супровідні листи й неофіційно працюють із сім'ями, громадами та школами для вирішення проблем, щоб кожен учень міг повною мірою брати участь у діяльності державних шкіл нашого штату й успішно розвиватися. Співробітники ОЕО надають підтримку кількома мовами, телефоном також надаються послуги усного перекладача. Щоб отримати допомогу або більше дізнатися про роботу ОЕО, відвідайте наш сайт <https://www.oeo.wa.gov/en>, напишіть на адресу електронної пошти oeoinfo@gov.wa.gov або зателефонуйте на номер [1-866-297-2597](tel:1-866-297-2597) (за потреби надаються послуги усного перекладача). (Ukrainian)