



# Tolleson Elementary School District

Welcome Center – 9401 W. Garfield • Tolleson, AZ 85353

Phone: (623) 533-3980 ♦ Fax: (623) 533-3918 ♦ Email: wcoffice@tesd17.org

## Enrollment Packet Checklist Page

You must bring the following documents with you at the time of registration to the Welcome Center. The registration process cannot be completed unless we have all of the following documents:

- ☼ **Official Birth Certificate** (legal guardianship documents required if applicable)
- ☼ **Immunization Record** (must be current)
- ☼ **Proof of Address** (Current utility bill, rental agreement/mortgage statement, etc. in parent/guardian's name)
- ☼ **Parent/Guardian's Photo ID**
- ☼ **Withdrawal Form & Report Card from Previous School** (if applicable)
- ☼ **IEP** (if your child requires Special Services)



FIRST DAY WEDNESDAY AUGUST 4, 2021

### Forms to Complete and Return:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enrollment Form             | <input type="checkbox"/> Special Education Information                         |
| <input type="checkbox"/> Home Language Survey        | <input type="checkbox"/> Transportation Form                                   |
| <input type="checkbox"/> Emergency Information Sheet | <input type="checkbox"/> Student Residency Questionnaire                       |
| <input type="checkbox"/> Health Screening Form       | <input type="checkbox"/> Arizona Residency Documentation Form                  |
|  | <input type="checkbox"/> Request for Student Records/Authorization for Release |

Return enrollment packet with all forms completed and the required documents listed above:

: Via email to [wcoffice@tesd17.org](mailto:wcoffice@tesd17.org)

: In person at our Welcome Center office (623) 533-3980, 9401 W Garfield St. entrance of 95<sup>th</sup> Ave

**Usted debe traer los siguientes documentos el día de la inscripción. El proceso de inscripción no podrá ser completado al menos que tengamos todos los siguientes documentos:**

- ☼ **Acta de Nacimiento Oficial** (Documentos legales de custodia requeridos si aplica)
- ☼ **Tarjeta de vacunas**
- ☼ **Comprobante de domicilio** (Reciente recibo de pago de utilidades, contrato de renta/recibo hipotecario, etc. in el nombre del Padre or guardian legal)
- ☼ **Identificación con foto de los Padres/Guardianes**
- ☼ **Forma de Retiro y/o Boleta de Calificaciones de la Escuela Anterior**
- ☼ **IEP** (Si su hijo/a necesita servicios especiales)



PRIMER DÍA MIÉRCOLES 4 DE AGOSTO DE 2021

### Formas para llenar y regresar

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Forma de Inscripción                | <input type="checkbox"/> Información acerca de Educación Especial                              |
| <input type="checkbox"/> Encuesta de Lenguaje en el Hogar    | <input type="checkbox"/> Forma de Transporte   |
| <input type="checkbox"/> Hoja para información de Emergencia | <input type="checkbox"/> Cuestionario De Residencia De Alumno                                  |
| <input type="checkbox"/> Forma de Salud del Estudiante       | <input type="checkbox"/> Forma de Residencia y Documentación en Arizona                        |
|  | <input type="checkbox"/> Autorización para solicitar información en los records del estudiante |

Paquete de inscripción deve ser devuelto con todas las formas completas y los documentos requeridos de la lista previa.

: Por correo electrónico a [wcoffice@tesd17.org](mailto:wcoffice@tesd17.org)

: En persona en la oficina del Centro de Bienvenida (623) 533-3980, 9401 W Garfield St. entrada de 95<sup>th</sup> Ave



# Tolleson Elementary School District

## 2025-2026 Forma de Inscripción de Estudiante

Escuela:  Arizona Desert  Desert Oasis  P.H. Gonzales  Sheely Farms

**Información del Estudiante- Por Favor Escriba con Letra de Imprenta**

Apellido Legal del Estudiante		Nombre Legal del Estudiante		Segundo Nombre		Generacion Jr etc.	
Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento / /	Edad	Si los E.U Estado de Nacimiento	Pais de Nacimiento	Si su hijo(a) nacio fuera de los E.U. en que fecha entro primero a la escuela en E.U.?		
Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino			Raza:( <b>Marque todo lo que aplique</b> ) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otras Islas del Pacifico Nombre de la Tribu _____				
Domicilio Físico:				Ciudad		Codigo Postal	
Domicilio de Correo Postal (si diferente a arriba)				Ciudad		Codigo Postal	
Número de telefono primario para comunicacion escolar:				<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Permite Mensajes de Texto			

**Información de Padre/Tutor -DEBE APARECER EN ACTA DE NACIMIENTO O DOCUMENTO LEGAL**  
(Padre/Tutor es responsable de proveer cualquier documemto legal perteneciente a la custodia del alumno.)

Padre/Tutor Nombre:		Relacion con el estudiante:		Reside con? <input type="checkbox"/> Si/ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Telefono: <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Número Adicional <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Correo Electronico:	
<input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Derecho Educativo <input type="checkbox"/> Tiene Custodia <input type="checkbox"/> Correo Permitido <input type="checkbox"/> Padre Matriculando <input type="checkbox"/> Se le puede dejar salir con el/ella <input type="checkbox"/> Permite Mensajes de Texto      Servicio Militar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respuesta es si: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Veterano					
Padre/Tutor Nombre:		Relacion con el estudiante:		Reside con? <input type="checkbox"/> Si/ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Telefono: <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Número Adicional <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		Correo Electronico:	
<input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Derecho Educativo <input type="checkbox"/> Tiene Custodia <input type="checkbox"/> Correo Permitido <input type="checkbox"/> Padre Matriculando <input type="checkbox"/> Se le puede dejar salir con el/ella <input type="checkbox"/> Permite Mensajes de Texto      Servicio Militar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respuesta es si: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Veterano					
Hermanos (as):		Nombre: _____		Edad: _____	
Menores de 18 años:		Nombre: _____		Edad: _____	

**Información de la escuela anterior:**

Ultima Escuela que Asistio:		Distrito:		Ciudad:		Estado	
Si la ultima escuela fue fuera del estado/país ha asistido su hijo (a) a la escuela en AZ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si dijo Si en que año?							
Ha estado inscrito su hijo anteriormente en el Distrito Primario de Tolleson? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, si que escuela y año?							
Ha sido retenido su estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si dijo que si que nivel de grado y escuela?							

**Por favor proporcione la siguiente información para poder servir mejor a su estudiante:**

Suspendido a largo plazo o Expulsado  Si  No Si dijo si explique:

Educación Especial IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	504 Plan? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Super Dotado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estuvo en clases de ELL en las escuela anterior? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---	--	--

Al firmar o escribir mi nombre certifico que resido dentro de los linderos de asistencia del Distrito Escolar de Educación Primaria de Tolleson o que he llenado un solicitud de Matricula Abierta y que la información provista es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la escuela de cualquier cambio por escrito. Al proporcionar mi número de telefono y correo electronico, estoy optando para recibir notificaciones de la escuela y puedo cancelar la suscripcion a las notificaciones no criticas en cualquier momento durante el ciclo escolar.

**Firma del Padre, Madre o Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Official use only**

Birth Certif.	Proof Res.	Immuniz.	WD Form/RC	Parent ID	ELL 70 Y N	Trans Req Y N	McK. Vento Y N	Group Home Y N	Foster Home Y N	Img/Ref/M Y N
<b>PHLOTE ANSWER: ENGLISH OR NON-ENGLISH</b>										
Enter Date	Enter Code	Grade	SAIS #	School ID	CTDS	Date Entered Synergy	Initials			
					070417000					

Docs: Sent out: \_\_\_\_\_ Transp: \_\_\_\_\_ ELL 70: \_\_\_\_\_ Special Ed \_\_\_\_\_ Gifted: \_\_\_\_\_ McKVento: \_\_\_\_\_ Lunch: \_\_\_\_\_ Rec Req. \_\_\_\_\_

Early Kinder Acceptance Approved Y / N Letter Attached Y / N Date: \_\_\_\_\_ PS 4 Day \_\_\_\_\_



**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 _____	
Fecha _____		Fecha _____	
Distrito o Charter _____		Tolleson Elementary School District #17	
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)



School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Student ID #: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

## TOLLESON ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT No. 17

**Forma de Información para Contactos de Emergencia**

Año Escolar 2025-2026

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_  Hombre /  Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono de casa : \_\_\_\_\_  
 Dirección del hogar                      Ciudad                      Código Postal

Madre o Guardián \_\_\_\_\_ Padre o Guardián \_\_\_\_\_

Dirección del hogar: \_\_\_\_\_ Dirección del hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_

Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

¿Cuidado de crianza temporal?  Si  No

**Existe alguna información relacionada con la custodia de su hijo(a) que usted necesita que la escuela sepa:**  Si  No  
*Padre/Guardian es responsable de proveer los documentos de custodia legal al Distrito Escolar Primario de Tolleson.*

**En caso de una emergencia, o si usted no se puede comunicar conmigo para recoger a mi niño/a, yo, por este medio doy autorización a la (s) siguiente (s) perona(s) a que recoja(n) a mi niño/a.**

Relacion: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Para atención médica necesaria, llame a:**

**DOCTOR:** \_\_\_\_\_  
 Nombre                      Teléfono                      Dirección                      Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

**HOSPITAL:** \_\_\_\_\_  
 Nombre                      Teléfono                      Dirección                      Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

Tiene su hijo/a cobertura de seguro?  Si  No      Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

***En caso de un accidente ó enfermedad grave, yo solicito que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no se puede comunicar conmigo o con los contactos en la lista de emergencia, yo por este medio autorizo a la escuela llamar al doctor indicado y seguir sus indicaciones. Si no es posible comunicarse con el medico, la escuela puede hacer cualquier arreglo que considere necesario.***

***Al firmar ó escribir mi nombre a continuacion, Yo autorizo a cualquier hospital ó doctor a prestar ayuda inmediata a mi niño/a como sea necesario en el momento para su salud y bienestar. Yo comprendo que los gastos por este servicio seran aceptados por mi.***

**Esta Forma de Informacion de Contactos de Emergencia es precisa y esta completa, y fue llenada por:**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre ó Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



# TOLLESON ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT No. 17

## STUDENT HEALTH SCREENING

### Request for administration of prescription or over the counter medication at school

Please complete and return this form to the school Health Office.

School Year: 20 - 20

[ ] AZ Desert [ ] Desert Oasis [ ] P.H. Gonzales [ ] Sheely Farms

Written permission is necessary before medication can be given to your child. If written permission is not available, then verbal permission may be obtained for each episode. Written permission is valid only for the current school year. If you have any questions regarding this please contact the Health Office of your child's school. Students who need to have access to prescription or over the counter medication in school must leave it with the health office along with the parent/guardian signed medication administration form. Medication must be in its original container with written directions from prescribing physician concerning medication's use and administration.

**Grade:** \_\_\_\_\_ **Teacher:** \_\_\_\_\_

Legal First Name	Legal Middle	Legal Last Name	Date of Birth

Does your child have a hearing problem?	Yes	No
Does your child wear prescription glasses?	Yes	No
Does your child have a speech problem?	Yes	No
Your child's vision and hearing may be tested this year, if you don't want it to be tested please notify the school in writing.		
Please specify any chronic health problems:		
Is your child on daily medications or other medical treatments?		
Has your child had any surgery, accidents or illnesses within the past year?		
Is your child susceptible to infections and if so, what precautions need to be taken?		
Is your child subject to convulsions and what should be our procedure if one occurs?		
Any other health related issues you want to make the school aware of?		
Is your child allergic to food or other substances?	Yes	No
List allergies here:		

**Please indicate which of the following medications may be administered to your child for minor injuries or sickness:**

Acetaminophen (Tylenol) (headache/menstrual cramps, etc)	Yes	No	Ibuprofen/Advil/Motrin (headache/menstrual cramps, etc)	Yes	No
Eye drops/Eye Wash (wash away foreign object in eyes/burning)	Yes	No	Anti-itch Cream/Hydrocortisone cream (insect bite/itching/rash)	Yes	No
Antibiotic Ointment (cut/abrasion)	Yes	No	Throat Lozenge (sore throat)	Yes	No
Topical Anesthetic (burn/abrasion)	Yes	No	Cough drops (cough)	Yes	No
Antacid/Tums/Pepto Bismol (upset stomach)	Yes	No	Benadryl (allergic reaction)	Yes	No

**I understand that it is my responsibility to notify School Health Office of any changes to my child's health.**

\_\_\_\_\_  
(Parent or Guardian Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)



---

## Información de la Educación Especial

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Estaba su hijo/a recibiendo servicios de Educación Especial en su escuela anterior?  **Si** ,por favor complete el resto de este formulario.

**No**, por favor continúe a la página siguiente.

Por favor, seleccione la categoría apropiada de Educación Especial:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autismo                                | <input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo                                 | <input type="checkbox"/> Trastorno Emocional               |
| <input type="checkbox"/> Impedimento Auditivo                   | <input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples-Discapacidad Sensorial Severa |  |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples               | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Leve                          | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Moderada |
| <input type="checkbox"/> Otro Impedimento de Salud              | <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico                                 | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual Severa   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Específica de Aprendizaje |   | <input type="checkbox"/> Trastorno del Habla o Lenguaje    |
| <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática             |   | <input type="checkbox"/> Impedimento Visual                |

Nombre del losPadres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

La escuela anterior: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela (si la sabe): \_\_\_\_\_

Distrito escolar de la escuela anterior: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la escuela anterior: \_\_\_\_\_

Nombre del último maestro/a del estudiante: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted la copia más actual del IEP?:  Si  No

¿Tiene usted la copia más actual de la Evaluación Psicológica Educativa?  Si  No

Si usted tiene copias actuales del IEP y Evaluación Psicológica Educativa, por favor provea una copia a los servicios de educación especial ubicados en la Oficina del Distrito o al Welcome Center. Para mantener la confidencialidad, por favor incluya las copias en un sobre sellado.

Gracias por su colaboración.



# Forma de Transporte TESD



Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Dirección de la casa \_\_\_\_\_  
(Como en el formulario de inscripción y prueba de domicilio)

Seleccionar la escuela que va asistir:  Arizona Desert  Desert Oasis  PH Gonzales  Sheely Farms

1. ¿Está el estudiante de arriba en una inscripción abierta?  SI (Ir a la pregunta 4)  
Si no está seguro, por favor verifique con su oficina de la escuela.  NO (Ir a la pregunta 2)

2. ¿Está su hijo en el Kindergarten, 1er, 2do o 3er grado? o

¿Su hijo está asistiendo a su escuela de casa Sheely Farms y usted reside en los apartamentos Meritum Sheely Farms, Yardly McDowell o Red Hawk?

SI (Ir a la pregunta 3)  NO a todos los de arriba (Ir a la pregunta 4)

3. Por las preguntas de arriba su hijo califica para el transporte en autobús desde y hacia la escuela de TESD.

¿Solicita transporte de autobús para el niño mencionado arriba para una parada de autobús por la dirección arriba?

SI llenar la solicitud de información Solicitud de transporte:  NO (Ir a la pregunta 4)

El Departamento de Transporte determinará la ubicación de la parada de autobús de su hijo. Usted será contactado con la hora y el lugar, por la escuela dentro de 2-3 días hábiles. *El lugar de recogida y devolución debe asignarse a la misma ubicación de la parada de autobús, y las paradas de autobús no se pueden alterar durante la semana. Los servicios de transporte estudiantil son un privilegio y no un derecho. TESD puede retirar los privilegios de conducción del autobús a cualquier estudiante que no siga las Reglas del Autobús o no siga la dirección del conductor del autobús u otro supervisor adulto. Padres / Tutores son requeridos en la parada del camion para los estudiantes de preescolar y kinder.*

Nombre del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_

Alergias del Estudiante: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono. \_\_\_\_\_

Lista de Hermanos que van a subir en el mismo autobús: \_\_\_\_\_

#### 4. Padre / Tutor responsable del transporte del niño hacia y desde la escuela:

Transporte del Estudiante por la A.M.:

- Camina / Usa bicicleta (con: \_\_\_\_\_)
- Padre/ tutor lo dejan en la escuela
- Rides childcare bus (provide name): \_\_\_\_\_
- Otro (describe): \_\_\_\_\_

Transporte del Estudiante por la P.M.:

- Walks / Rides Bike (with: \_\_\_\_\_)
- Padre/ tutor lo recogen de la escuela
- Asiste al Programa despues de escuela
- Boys and Girls Club Bus (requerido ser aprobado por por la oficina)
- Usa el autobús de cuidado de niños (indique el nombre): \_\_\_\_\_
- Otro (describe): \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Office use:

WC - Student Start Date: \_\_\_\_\_ Sent to Trans: \_\_\_\_\_ MKV: \_\_\_\_\_

Trans.- Routing Completed & sent to School: \_\_\_\_\_ Bus Driver: \_\_\_\_\_

Date Transportation to Start: \_\_\_\_\_ am or pm

Bus \_\_\_\_\_ Pick-up time: \_\_\_\_\_ Pick up & Drop of Location: \_\_\_\_\_

Bus \_\_\_\_\_ Drop-off time: \_\_\_\_\_

Date Parent contacted: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_ Note: \_\_\_\_\_



## **TOLLESON ELEMENTARY CUESTIONARIO DE RESIDENCIA DE ALUMNO**

(Por favor, ayuden a los estudiantes y las familias rellene este formulario)

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Género:  Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

1. ¿Esta, o ha sido alguna vez el estudiante bajo un estatus de Refugiado? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Si la respuesta es sí, El País \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_\_

2. ¿Nació el estudiante fuera de los Estados Unidos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si la respuesta es sí, el país \_\_\_\_\_

3. ¿Cuidado de crianza temporal? Sí \_\_\_ No \_\_\_

*El propósito de este cuestionario es para informarle acerca de los requisitos para la elegibilidad del programa McKinney-Vento Act 42 U.S.C 11435. Las preguntas de abajo ayudarán a determinar si el alumno es elegible para recibir servicios bajo el programa del Acto de McKinney-Vento.*

1. ¿Es su dirección actual un acuerdo de vivienda temporal? Sí \_\_\_ No \_\_\_

2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

*Si ha respondido "SÍ" a las preguntas anteriores, por favor complete el resto de esta forma.*

*Si contestó que "No", puede parar aquí.*

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

- En una casa de refugio Nombre del refugio/Dirección \_\_\_\_\_
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas  
¿Cuánto tiempo ha compartido la residencia en la misma dirección con las mismas personas? \_\_\_\_\_  
¿Tiene que desocupar esta residencia en los próximos 6 meses? \_\_\_\_\_
- En un hotel/motel Nombre/Dirección \_\_\_\_\_
- En un lugar no diseñado para el alojamiento ordinario de dormir, como un coche, parque, autobús, campamento, o edificio sin electricidad. \_\_\_\_\_
- Otra vivienda temporal (Por favor describa): \_\_\_\_\_
- En un hogar permanente

### **Encuesta sobre migrantes**

¿El propósito principal de la mudanza era obtener (o tratar de obtener) trabajo temporal o estacional, en actividades agrícolas, incluido el trabajo lechero?

Sí

No

¿Era el trabajo agrícola un medio de vida primario para el trabajador y su familia?

Sí

No

Imprimir nombre del padre(s)/Guardián(es) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián legal \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_



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

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela \_\_\_\_\_

Distrito Escolar o Escuela Chárter Tolleson Elementary School District #17

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Como el padre del estudiante o representante legal, 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
- \_\_\_ Pasaporte válido de los EE. UU.
- \_\_\_ 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 o 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.
  
- \_\_\_ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Tolleson Elementary School District Request For Student Records

- Arizona Desert ELEM.
- Desert Oasis ELEM.
- P.H. Gonzales ELEM.
- Sheely Farms ELEM.

**SEND RECORDS TO: T.E.S.D Welcome Center**

9401 W Garfield St Tolleson, Arizona 85353  
Phone: (623) 533-3980 **Fax: (623) 533-3918**  
email: wcoffice@tesd.k12.az.us

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Name of Previous School *(last school attended)*    Address *(last school)*    City    State    Zip Code

Phone# \_\_\_\_\_ Fax# \_\_\_\_\_

## PARENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF RECORDS

In accordance with Arizona Revised Statute 15-828, I authorize the release of all records, including birth certificate, academic (educational) medical (health), psychological, special education, social developmental, and gifted information, regarding the following pupil:

Students name: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Students name: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Students name: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Students name: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Below Office use only:

**Please forward the following cumulative information/records for the student(s) named above:**

- |   |   |
|---|---|
| _____ Birth Certificate                         | <input checked="" type="checkbox"/> Test Scores                   |
| _____ Immunization Records                      | <input checked="" type="checkbox"/> English Language Scores (ELL) |
| _____ Withdrawal Form                           | <input checked="" type="checkbox"/> Discipline Records            |
| _____ Report Card                               | <input checked="" type="checkbox"/> Gifted Records                |
| _____ MOWR Status <i>(move on with reading)</i> | <input checked="" type="checkbox"/> All Academic Records          |

**Send records to: Fax: (623) 533-3918, Email: [wcoffice@tesd.k12.az.us](mailto:wcoffice@tesd.k12.az.us) OR  
Mail: T.E.S.D Welcome Center 9401 W Garfield St Tolleson, AZ 85353**

1<sup>st</sup> Request \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Request \_\_\_\_\_ 3<sup>rd</sup> Request \_\_\_\_\_