ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ СНОХОМИШ 201 БЛАНК РЕГИСТРАЦИИ НОВОГО УЧАЩЕГОСЯ

F3110F3R

ШКОЛА: _____ ***ДАТА:*** _____

НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ЗАКРАШЕННУЮ ОБЛАСТЬ — ОНА ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ПОМЕТ					
НОМЕР ШКОЛЫ	ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ	МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	НОМЕР АУДИТОРИИ ДЛЯ КЛАССНЫХ СОБРАНИЙ	НОМЕР ШКАФЧИКА	АВТОБУСНЫЙ МАРШРУТ
			Первая Вторая половина дня		

☐ Да ☐ Нет **Посещал ли кто-либо из членов вашей семьи школу в округе Снохомиш?**

ИМЯ УЧАЩЕГОСЯ: Фамилия (согласно документам, удостоверяющим личность)	Имя (согласно документам, удостоверяющим личность)	Второе имя/Отчество (согласно документам, удостоверяющим личность)	Учащегося также можно называть: (Прочие имена)

ДАТА РОЖДЕНИЯ (месяц, день, год)	ПОЛ (М/Ж)	МЕСТО РОЖДЕНИЯ: Город Округ Штат Страна	УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ

ПРОЖИВАЕТ ЛИ УЧАЩИЙСЯ В ОКРУГЕ СНОХОМИШ? ☐ Да ☐ Нет Округ проживания _____	**Сведения о национальности и расовой принадлежности** Информацию, обязательную для заполнения в соответствии с законодательством штата/федеральным	ОСНОВНОЙ ЯЗЫК ОБЩЕНИЯ В СЕМЬЕ ☐ Английский ☐ Другой _____	НАЛИЧИЕ ГРАЖДАНСТВА США ☐ Да ☐ Нет

ОСНОВНАЯ СЕМЬЯ (родитель/опекун, проживающий совместно с учащимся) *Фамилия основного контактного лица (согласно документам, удостоверяющим личность) Имя (согласно документам, удостоверяющим личность) Второе имя/Отчество (согласно документам, удостоверяющим личность)* КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ Отец Мать Супруг родителя Супруга родителя Опекун Дед Бабушка Дядя Тетя Представитель организации Друг Сам учащийся **Обведите нужный вариант или укажите собственный** _____	1-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ С ОСНОВНЫМ КОНТАКТНЫМ ЛИЦОМ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный ☐ Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь	2-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ С ОСНОВНЫМ КОНТАКТНЫМ ЛИЦОМ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный ☐ Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь
Фамилия основного контактного лица (согласно документам, удостоверяющим личность) Имя (согласно документам, удостоверяющим личность) Второе имя/Отчество (согласно документам, удостоверяющим личность) КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ Отец Мать Супруг родителя Супруга родителя Опекун Дед Бабушка Дядя Тетя Представитель организации Друг Сам учащийся **Обведите нужный вариант или укажите собственный** _____	1-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КОНТАКТНЫМ ЛИЦОМ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный ☐ Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь	2-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КОНТАКТНЫМ ЛИЦОМ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный ☐ Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ ДЛЯ СВЯЗИ С СЕМЬЕЙ	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	

АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	*Улица и номер дома*	*Номер квартиры*	*Город*	*Штат*	*Индекс*
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (Если не соответствует адресу проживания)	*Улица и номер дома*	*Номер квартиры* / *А/я*	*Город*	*Штат*	*Индекс*

ВТОРАЯ СЕМЬЯ (родитель/опекун, проживающий отдельно от учащегося) *Фамилия основного контактного лица (согласно документам, удостоверяющим личность) Имя (согласно документам, удостоверяющим личность) Второе имя/Отчество (согласно документам, удостоверяющим личность)* КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ Отец Мать Супруг родителя Супруга родителя Опекун Дед Бабушка Дядя Тетя Представитель организации Друг Сам учащийся **Обведите нужный вариант или укажите собственный** _____	1-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный ☐ Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь	2-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный ☐ Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь
родитель/опекун, проживающий отдельно от учащегося *Фамилия (согласно документам, удостоверяющим личность) Имя (согласно документам, удостоверяющим личность) Второе имя/Отчество (согласно документам, удостоверяющим личность)* КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ Отец Мать Супруг родителя Супруга родителя Опекун Дед Бабушка Дядя Тетя Представитель организации Друг Сам учащийся **Обведите нужный вариант или укажите собственный** _____	1-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) ☐Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный ☐ Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь	2-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный ☐ Если номер не внесен в телефонную книгу, укажите это здесь
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ ДЛЯ СВЯЗИ С СЕМЬЕЙ	КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ Отец Мать Супруг родителя Супруга родителя Опекун	

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ВТОРОЙ СЕМЬИ (Улица и номер дома, а/я, город, штат, индекс)	ТРЕБУЕТСЯ ЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ РАССЫЛКА ☐ Да ☐ Нет

ШКОЛА, КОТОРУЮ УЧАЩИЙСЯ ПОСЕЩАЛ РАНЕЕ	ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ, ГДЕ РАНЕЕ ПРОХОДИЛ ОБУЧЕНИЕ УЧАЩИЙСЯ	АДРЕС ШКОЛЫ, КОТОРУЮ УЧАЩИЙСЯ ПОСЕЩАЛ РАНЕЕ (Город, штат)

ПОСЕЩАЛ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ГОСУДАРСТВЕННУЮ ШКОЛУ В ОКРУГЕ СНОХОМИШ? ☐ Да ☐ Нет	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ(ШКОЛ)	СРОКИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ (Месяц/Год)

НАХОДИТСЯ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ПОД СОВМЕСТНОЙ ОПЕКОЙ СОГЛАСНО ДЕЙСТВУЮЩЕМУ ПЛАНУ? ☐ Да ☐ Нет (Если да, предоставьте в распоряжение школы копию плана) ☐ Копию прилагаю РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ЛИ СУДЕБНЫЙ ЗАПРЕТ НА ДЕЙСТВИЯ КАКИХ-ЛИБО ЛИЦ В ОТНОШЕНИИ УЧАЩЕГОСЯ? ☐ Да ☐ Нет (Если да, предоставьте в распоряжение школы соответствующие юридические документы) ☐ Копию прилагаю
Кому адресован судебный запрет? ☐ Матери ☐ Отцу ☐ Другому лицу _____

Пожалуйста, укажите дополнительную информацию на обратной стороне бланка…

ОТСТРАНЯЛСЯ ЛИ ОБУЧАЮЩИЙСЯ ОТ ЗАНЯТИЙ ЗА НАРУШЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С ХРАНЕНИЕМ ИЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРУЖИЯ? ☐ Да ☐ Нет Дата: _____

ПРОХОДИЛ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ОТБОР ДЛЯ УЧАСТИЯ В СПЕЦИАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ? ☐ Да ☐ Нет

УЧАСТВОВАЛ ЛИ УЧАЩИЙСЯ В IEP (программе индивидуального обучения)? ☐ Да ☐ Нет

ЗАНИМАЛСЯ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ПО ПЛАНУ 504? ☐ Да ☐ Нет

УЧАСТВОВАЛ ЛИ УЧАЩИЙСЯ В ОДНОЙ ИЗ НИЖЕСЛЕДУЮЩИХ ПРОГРАММ:

- ☐ Федеральная программа Title 1
- ☐ Программа помощи обучающимся LAP
- ☐ Программа ускоренного обучения Gifted
- ☐ Программа обучения английскому языку ELL

ОСТАВАЛСЯ ЛИ ОБУЧАЮЩИЙСЯ НА ВТОРОЙ ГОД?

☐ Да ☐ Нет

Если да, то в каком классе(-ах)_____

ПОСЕЩАЕТ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ/РАЗВИВАЮЩИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ? ☐ Перед школьными занятиями ☐ После школьных занятий ☐ До и после школьных занятий	ПОСТАВЩИК УСЛУГ В ОБЛАСТИ ДОШКОЛЬНЫХ/РАЗВИВАЮЩИХ ПРОГРАММ ОБУЧЕНИЯ Наименование Адрес Телефон
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ (Предоставьте школе необходимую информацию в письменной форме)	

УКАЖИТЕ ИМЕНА БРАТЬЕВ И СЕСТЕР УЧАЩЕГОСЯ, ПОСЕЩАЮЩИХ ГОСУДАРСТВЕННУЮ ШКОЛУ В ОКРУГЕ СНОХОМИШ

Фамилия	Имя	Школа	Класс

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С СОБЛЮДЕНИЕМ РЕЛИГИОЗНЫХ ТРЕБОВАНИЙ (Предоставьте школе необходимую информацию в письменной форме)

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА УЧАЩЕГОСЯ

В случае травмы, болезни или иной ситуации не экстренного характера мы хотели бы иметь возможность оперативно выйти на связь с членами семьи учащегося или иными совершеннолетними, несущими за него ответственность. Просим вас перечислить доверенных лиц, доступных в течение дня, которым можно будет передать ответственность за заботу об учащемся, если нам не удастся связаться с родителем или опекуном.

ОСНОВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ (после родителя/опекуна) *Фамилия (согласно документам, удостоверяющим личность)* *Имя (согласно документам,*	КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ	1-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный	2-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный
АДРЕС ОСНОВНОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА *Улица и номер дома*	*Город*	*Штат*	*Почтовый индекс*
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ (после родителя/опекуна) *Фамилия (согласно документам, удостоверяющим личность)* *Имя (согласно документам,*	КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ УЧАЩЕГОСЯ	1-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный	2-й НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ (с кодом города) ☐ Домашний ☐ Рабочий ☐ Мобильный
АДРЕС ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА *Улица и номер дома*	*Город*	*Штат*	*Почтовый индекс*

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА УЧАЩЕГОСЯ: В случае если представителям школы не удастся связаться с родителем/опекуном, я разрешаю передать ответственность за учащегося вышеуказанному(-ым) лицу(-ам).

Подпись родителя/опекуна *Дата* _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Я проинформирован(-а) о том, что в случае болезни или иной экстренной ситуации представители школы предпримут все возможные усилия, чтобы незамедлительно связаться с родителем/опекуном учащегося. Если с родителем/опекуном связаться невозможно, я разрешаю представителям школы самостоятельно обеспечить предоставление учащемуся экстренной медицинской помощи.

Подпись родителя/опекуна _____ *Дата* _____

На следующей странице бланка вам потребуется указать информацию о национальности и расовой принадлежности

ФОРМА СБОРА ДАННЫХ ПО ЭТНИЧЕСКОМУ И РАСОВОМУ ПРИЗНАКУ – ИНФОРМАЦИЯ ТРЕБУЕМАЯ ШТАТОМ И ФЕДЕРАЛЬНЫМ ГОСУДАРСТВОМ

ВОПРОС 1. Ваш ребенок испаноязычного или латиноамериканского происхождения? (Отметьте все подходящие варианты)

- ☐ H00 Латиноамериканец
- ☐ H01 Не латиноамериканец
- ☐ H02 Аргентина
- ☐ H03 Боливийский
- ☐ H04 Бразильский
- ☐ H05 Чикано (мексиканский американец)
- ☐ H06 Чилиец
- ☐ H07 Колумбийский
- ☐ H08 Уроженец Коста-рии
- ☐ H09 Кубинец
- ☐ H10 Доминиканец
- ☐ H11 Эквадорианец
- ☐ H12 Эквадорианец
- ☐ H13 Уроженец Гондураса
- ☐ H15 Уроженец Ямайки
- ☐ H16 Мексиканец
- ☐ H18 Местный
- ☐ H1Никарагуанец
- ☐ H20 Панамец
- ☐ H21 Парагванец
- ☐ H22 Перуанец
- ☐ H23Пуэрториканец H17 Метис
- ☐ H24 Сальвадорианец
- ☐ H25 Испанец
- ☐ H26 Суринамец
- ☐ H27 Уругваетц
- ☐ H28 Уроженец Венесуэлы
- ☐ H29 Латиноамериканец

ВОПРОС 2. К каой расе вы считаете принадлежит ваш ребенок? (Отметьте все, что применимо)

- ☐ B00 Чернокожий/Афроамериканец
- ☐ B01 Афроамериканец
- ☐ B02 Афроканадец
- ☐ B03 Ангильян
- ☐ B04 Антигуан
- ☐ B05 Багамский
- ☐ B06 Барбадосский
- ☐ B07 Бартелемуа/Бартелемуаз (Сен-Бартелеми)
- ☐ B08 Житель Британского Виргинского острова
- ☐ B09 Каймановы острова (Каймановы острова)
- ☐ B10 Куба Доминиканская
- ☐ B11 Доминиканская (Доминиканская Республика)
- ☐ B12 Нидерландские Антильские острова (Нидерландские Антильские острова)
- ☐ B13 Гренадский
- ☐ B14 Гваделупский
- ☐ B15 Гаитянский
- ☐ B16 Ямайский
- ☐ B17 Мартиникуаис
- ☐ B18 Монтсерратиан
- ☐ B19 Пуэрториканцы
- ☐ B20 Карибы Укажите ниже*
- ☐ B21 Ангольский
- ☐ B22 Камерунский
- ☐ B23 Центральноафриканская (Центральноафриканская Республика)
- ☐ B24 Чадский
- ☐ B25 Конголезский (Республика Конго)
- ☐ B26 Конголезский (Демократическая Республика Конго)
- ☐ B27Экваториальная Гвинея
- ☐ B28 Габонский
- ☐ B29 Сан-Томеан
- ☐ B30 Принцип
- ☐ B31 Центральноафриканская Укажите ниже*
- ☐ B32 Бурундийский
- ☐ B33 Коморский остров
- ☐ B34 Джибути
- ☐ B35 Эритрейский
- ☐ B36 Эфиопский
- ☐ B37 Кенийский
- ☐ B38 Малагасийский (Мадагаскар)
- ☐ B39 Малавийский
- ☐ B40 Маврикийский (Маврикий)
- ☐ B41 Махоран (Майотта)
- ☐ B42 Мозамбикский
- ☐ B43 Реюньонезе
- ☐ B44 Руандийский
- ☐ B45 Сейшельские острова/Сейшельеза
- ☐ B46 Сомалийский
- ☐ B47 Южносуданский
- ☐ B48 Суданский
- ☐ B49 Угандийский
- ☐ B50 Танзанийский (Объединенная Республика Танзания)
- ☐ B51 Замбийский
- ☐ B52 Зимбабвийский
- ☐ B53 Восточноафриканская Укажите ниже*
- ☐ B54 Аргентина
- ☐ B55 Белизский
- ☐ B56 Боливийский
- ☐ B57 Бразильский
- ☐ B58 Чилиец
- ☐ B59 Колумбийский
- ☐ B60 Коста-риканский
- ☐ B61 Эквадорский
- ☐ B62 Сальвадорский
- ☐ B63 Житель Фолклендских островов
- ☐ B64 Французский гвианский
- ☐ B65 Гватемальский
- ☐ B66 Гайанский
- ☐ B67 Гондурасский
- ☐ B68 Мексиканец
- ☐ B69 Никарагуанский
- ☐ B70 Панамский
- ☐ B71 Парагвайский
- ☐ B72 Перуанский
- ☐ B73 Южная Георгия и Южные Сандвичевы острова
- ☐ B74 Суринамский
- ☐ B75 Уругвайский
- ☐ B76 Венесуэльский
- ☐ B77 Латинская Америка Укажите ниже*
- ☐ B78 Ботсванский
- ☐ B79 Мосото (Лесото)
- ☐ B80 Намибиец
- ☐ B81 Южноафриканская Республика
- ☐ B82 Свазиленд
- ☐ B83 Южноафриканская Республика Укажите ниже*
- ☐ B84 Бенинский
- ☐ B85 Бисау-Гвинея
- ☐ B86 Буркина-Фасо (Буркина-Фасо)
- ☐ B87 Кабо Вердин
- ☐ B88 Ивуарийский (Кот-д'Ивуар)
- ☐ B89 Ga Гамбийский mbian
- ☐ B90 Ганский
- ☐ B91 Либерийский
- ☐ B92 Малийский
- ☐ B93 Мавританский
- ☐ B94 Нигер (Нигер)
- ☐ B95 Нигерийский (Нигерия)
- ☐ B96 Остров Елены
- ☐ B97 Сенегальский
- ☐ B98 Сьерра-Леоне
- ☐ B99 Тоголезский
- ☐ C01 Западная Африка Укажите ниже*
- ☐ C02 Чёрный Укажите ниже*
- ☐ W00 Белый
- ☐ W01 Боснийский
- ☐ W02 Герцеговинян
- ☐ W03 Польский
- ☐ W04 Румынский
- ☐ W05 Русский
- ☐ W06 Украинский
- ☐ W07 Восточноевропейская Укажите ниже*
- ☐ W08 Алжирский
- ☐ W09 Амазиг или бербер
- ☐ W10 Арабский
- ☐ W11 Ассирийский
- ☐ W12 Бахрейн
- ☐ W13 Бедуин
- ☐ W14 Халдей
- ☐ W15 Копт
- ☐ W16 Друз
- ☐ W17 Египетский
- ☐ W18 Эмирейтс
- ☐ W19 Иранский
- ☐ W20 Иракский
- ☐ W21 Израильский
- ☐ W22 Иорданский
- ☐ W23 Курдский
- ☐ W24 Ливанский
- ☐ W25 Ливийский
- ☐ W26 Марокканский
- ☐ W27 Оманский
- ☐ W28 Палестинский
- ☐ W29 Катарский
- ☐ W30 Саудовская Аравия
- ☐ W31 Сирийский
- ☐ W32 Тунисский
- ☐ W33 Йеменский
- ☐ W34 Ближний Восток Укажите ниже*

Продолжение на обратной стороне, пожалуста переверните страницу.

*Укажите здесь _____

К каой расе вы считаете принадлежит ваш ребенок? (Отметьте все , что применимо) продолжение

- ☐ W35 Северная Африка Укажите ниже*
- ☐ W36 Белый Укажите ниже*
- ☐ W37 Кувейтский
- ☐ N00 Американские индейцы /коренные жители Аляски
- ☐ N01 Племя чинук
- ☐ N02 Конфедеративные племена и банды Нация Якама
- ☐ N03 Конфедеративные племена чехали Резервирование
- ☐ N04 Confederated Tribes of the Colville Reservation
- ☐ N05 Индейское племя Коулиц
- ☐ N06 Племя Дувамиш
- ☐ N07 Индейское племя Хох
- ☐ N08 Джеймстаун С'Клаллам Племя
- ☐ N09 Калиспельная индейская община Калиспеля Резервирование
- ☐ N10 Индийская нация Кикиаллус
- ☐ N11 Племенная община Нижняя Эльва
- ☐ N12 Племя Лумми резервации Лумми
- ☐ N13 Индейское племя Мака индейца Мака Резервирование
- ☐ N14 Группа Мариетта из племени Нуксак
- ☐ N15 Индейское племя Макелшут
- ☐ N16 Индейское племя Нисквалли
- ☐ N17 Индейское племя Нуксак в Вашингтоне
- ☐ N18 Порт Гэмбл С'Клаллам Племя
- ☐ N19 Племя Пуйаллап резервации Пуйаллап
- ☐ N20 Племя квилетов резервации квилетов
- ☐ N21 Индейская нация Куино
- ☐ N22 Индейская нация самиш
- ☐ N23 Индейское племя Саук-Суиаттл в Вашингтоне
- ☐ N24 Индейское племя Shoalwater Bay Индейская резервация Шолуотер-Бей
- ☐ N25 Индейское племя Скокомиш
- ☐ N26 Племя Снохомиш
- ☐ N27 Индейское племя Сноквалми
- ☐ N28 Племя Сноквалму
- ☐ N29 Племя Спокан резервации Спокан
- ☐ N30 Племя острова Скваксин острова Скваксин
- ☐ N31 Племя Стейлакум
- ☐ N32 Племя индейцев Стиллагуамиш в Вашингтоне
- ☐ N33 Индейское племя Сукуамиш из Порт Мэдисона
- ☐ N34 Индейская племенная община Свиномиш
- ☐ N35 Племена тулалип в Вашингтоне
- ☐ N37 Американские индейцы Укажите ниже*
- ☐ N38 Верхний Скагит
- ☐ A00 Азиат
- ☐ A01 Азиатская Индийская
- ☐ A02 Бангладешский
- ☐ A03 Бутанский
- ☐ A04 Бирманская/Мьянма
- ☐ A05 Камбоджийский/кхмерский
- ☐ A06 Чам
- ☐ A07 Китайский
- ☐ A08 Филиппинский
- ☐ A09 Хмонг
- ☐ A10 Индонезийский
- ☐ A11 Японский
- ☐ A12 Корейский
- ☐ A13 Туберкулез
- ☐ A14 Малайзийский
- ☐ A15 Мой
- ☐ A16 Монгольский
- ☐ A17 Непальский
- ☐ A18 Окинавы
- ☐ A19 Пакистанский
- ☐ A20 Панджаби
- ☐ A21 Сингапурский
- ☐ A22 Шри-Ланкийский
- ☐ A23 Тайваньский
- ☐ A24 Тайский
- ☐ A25 Тибетский
- ☐ A26 Вьетнамский
- ☐ A27 Азиат Укажите ниже*
- ☐ P00 Коренной гавайец/другой житель тихоокеанских островов
- ☐ P01 Каролинский
- ☐ P02 Чаморро
- ☐ P03 Чуукесе
- ☐ P04 Фиджи
- ☐ P05 Кирибати/Жильбертезе
- ☐ P06 Косреан
- ☐ P07 Маори
- ☐ P08 Маршалльский
- ☐ P09 Коренной гавайский
- ☐ P10 Ни-Вануату
- ☐ P11 Палауанский
- ☐ P12 Папуас
- ☐ P13 Похпеян
- ☐ P14 Самоанский
- ☐ P15 Житель Соломоновых Островов
- ☐ P16 Таитянский
- ☐ P17 Токелауан
- ☐ P18 Тонга
- ☐ P19 Тувалуанский
- ☐ P20 Япесе
- ☐ P21 Житель тихоокеанских островов Укажите ниже*

**Укажите здесь _____

НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Если вы родились не в США, а в другой стране, пожалуйста, ответьте на эти вопросы:

Сколько месяцев вы находитесь в Соединенных Штатах? _____ Сколько лет? _____

Имел ли ваш ребенок какое-либо формальное образование за пределами Соединенных Штатов? Да Нет

Где и как долго? _____

Дата: _____ **Подпись законного родителя/опекуна о верификации:** _____

Анкета о языке домашнего общения выдается *всем* поступающим в школы штата Вашингтон.

Имя и фамилия учащегося:	**Класс:**	**Дата:**

Имя и фамилия родителя/опекуна _____ Подпись родителя/опекуна _____

Право на услуги письменного и устного перевода

Все родители имеют право получать информацию об образовании своего ребенка на понятном им языке. Укажите предпочитаемый язык, чтобы при необходимости мы могли бесплатно предоставить вам устного переводчика или переведенные документы.

1. a) На каком языке(-ах) ваша семья предпочитает получать письменные сообщения от школы? _____

   b) Нуждаетесь ли вы в переводчике для встреч и телефонных звонков (включая американский язык жестов)?

   Имя родителя/опекуна №1: _____

   Нужен переводчик? ___ Да ___ Нет | Язык_____

   Имя родителя/опекуна №2: _____

   Нужен переводчик? ___ Да ___ Нет | Язык_____

Право на поддержку развития языковых навыков

Информация о языке учащихся поможет выявить тех, кто имеет право на поддержку развития языковых навыков, необходимых для успешной учебы. Для определения потребности в языковой поддержке может понадобиться тестирование.

2. На каком языке(-ах) впервые заговорил или научился понимать ваш ребенок? _____
3. Какой язык ребенок использует дома чаще всего? _____
4. Какой язык большинство домочадцев используют дома чаще всего? _____
5. Получал ли ребенок поддержку развития навыков английского языка в предыдущей школе?
   Да___ Нет___ Не знаю___

Полученное ранее образование

Информация о стране рождения ребенка и полученном им ранее образовании.

- Сообщите о знаниях и навыках, с которыми ребенок идет в школу.
- Может помочь школьному округу получить дополнительное финансирование для поддержки ребенка.

Данная анкета не используется для выявления иммиграционного статуса учащихся.

6. В какой стране родился ребенок? _____
7. Получал ли ребенок официальное образование вне США?
   (Классы с подготовительного по 12-й) _____Да _____Нет

   Если да: количество месяцев: _____
   язык обучения: _____
8. Когда ребенок впервые стал посещать школу в США?
   (Классы с подготовительного по 12-й)

   _____
   Месяц Число Год

Благодарим за заполнение анкеты о языке домашнего общения. С вопросами по этой форме или по услугам, предлагаемым в школе вашего ребенка, обращайтесь в свой школьный округ.

Forms and Translated Material from the Multilingual Education Office of the Office of Superintendent of Public Instruction are licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЕВ

Фамилия учащегося, печатными буквами: _____ Автобус №: _____

Для обеспечения неотложной и безопасной помощи Вашему ребенку и выполнения Ваших пожеланий в случае травмы или болезни в школе, нам необходима следующая информация. Просьба заполнить анкету полностью. ***Пожалуйста, заполните печатными буквами.***

Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____ Год/класс: _____
Фамилия Имя Инициалы

Домашний адрес: _____ Домашний телефон: _____
улица Город Индекс

Почтовый адрес, если отличается от домашнего: _____
улица Город Индекс

С кем проживает: ☐ Родителиs ☐ Только мать ☐ Мать/Отчим ☐ Опекун ☐ Только отец ☐ Отец/Мачеха

Другое: _____

Имя родителя/опекуна 1: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя родителя/опекуна 2: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Основной язык общения в домашних условиях: ☐ Английский ☐ Испанский ☐ Другой: _____

Детское дошкольное учреждение (если применимо): _____ Телефон: _____

Заполните следующие поля, если у ребенка есть родитель, с которым он не проживает, и который может принимать экстренные решения в отношении учащегося, и получать копии документов, включая бюллетени, табели успеваемости, корреспонденцию, и т.п.

Домашний адрес: _____ Домашний телефон: _____
улица Город Индекс

Имя родителя/опекуна 1: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя родителя/опекуна 2: _____ Электронная почта: _____

Место работы: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Помимо родителя/опекуна, если с Вами не удастся связаться, школа может позвонить и позволить забрать Вашего ребенка любомуиз указанных ниже лиц:

Имя 1: _____ Кем приходится: _____

Телефон: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя 2: _____ Кем приходится: _____

Телефон: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Имя 3: _____ Кем приходится: _____

Телефон: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Перечислите всех детей, обучающихся в школьном округе Снохомиш в этом году. (Сначала укажите детей, посещающих данную школу)

Фамилия	Имя	Школа	Класс

Подпись родителя или опекуна: _____ Дата: _____

Пожалуйста, отметьте здесь, если какая-либо информация в этой форме обновлена. ☐ ******ЭТА ФОРМА ДОЛЖНА БЫТЬ ВОЗВРАЩЕНА ПРИ РЕГИСТРАЦИИ***

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ
РОДИТЕЛЕМ/ ПЕКУНОМ

История Здоровья

3418F2

(Имя, Фамилия): _____ ☐ М ☐ Ж Класс _____ ID #_____
Имя студента

Эта информация необходима для планирования соответствующей программы для вашего студента и для подготовки к любой чрезвычайной ситуации. *** Закон штата Вашингтон требует, чтобы для учащихся с такими заболеваниями как анафилактический шок, астма, диабет, эпилепсия и другими угрожающими жизни заболеваниями был составлен план который будет применен в случае неотложной медицинской помощи. Этот план должен быть составлен до первого дня посещения школы. Обратитесь к школьной медсестре, чтобы оформить все документы.**

Врожденные /генетические заболевания

AG ☐ Другие _____
AJ ☐ фетальный алкогольный синдром _____

Гематология (кровь)

BB ☐ ***Гемофилия** _____
BC ☐ Серповидноклеточная анемия _____
BD ☐ Другие состояния крови _____

Сердечно-сосудистые/сердечные заболевания

CG ☐ Другие _____

Эндокринные, аллергия, иммунная система, метаболические и пищевые заболевания

EB ☐ Другие аллергии
ED ☐ Аллергия - Пища _____
EE ☐ Аллергия - Насекомые _____
EG ☐ ***Анафилактическое состояние (EpiPen)** _____
EJ ☐ Муковисцидоз _____
EK/L ☐ ***Диабет 1 типа** ☐ ***Диабет 2 типа**
EM ☐ Аллергия на лекарства _____
EN ☐ Расстройство пищевого поведения _____
EO ☐ Другие эндокринные, иммунные или метаболические расстройства _____
EU ☐ Расстройство щитовидной железы _____

Заболевания желудочно-кишечного тракта, стоматологии и полости рта

GA/J/K ☐ глютеновая болезнь ☐ Болезнь Крона ☐ Раздраженный кишечник
GD ☐ Заболевание зубов _____
GG ☐ Пищевая непереносимость _____
GH/L ☐ Гастроэзофагеальный рефлекс ☐ Непереносимость лактозы
GI ☐ Другие _____
GM ☐ Заболевания печени _____
GN ☐ Заболевания ротовой полости _____

Скелетно-мышечная и соединительная ткань

MB ☐ Другие _____
MC ☐ Ревматоидный артрит _____
MD ☐ Мышечная дистрофия _____
MF ☐ Осгуд-Шлаттер _____
MH ☐ Сколиоз _____

Кожа и подкожные ткани

SB ☐ контактный дерматит (Экзема) _____
SH ☐ Другиег _____

Нервная система

☐ СДВГ-невнимательный ☐ СДВГ-Гиперактивный/Импульсивный
NB ☐ СДВГ-Комбинированные, Диагностируется: _____
NC ☐ Расстройство аутистического спектра _____
ND ☐ Центральная нервная система Другие _____
NE ☐ ДЦП _____
NF ☐ Инвалидность в развитии _____
NL ☐ Умственно отсталый _____
NH/I/J ☐ Мигрени ☐ Головные боли ☐ Шунт
NN ☐ Паралич _____
NP ☐ ***Эпилепсия** _____
NQ ☐ Сенсорное состояние _____
NS ☐ Спина Бифида _____
NT ☐ Травма спинного мозга _____
NU ☐ Травма головного мозга _____

Психическое состояние/Поведение

PA ☐ Тревоги _____
PC ☐ Депрессия _____
PH ☐ Расстройство сна _____
PI ☐ Синдром Туретта _____
PJ ☐ Другие _____

Респираторные заболевания

RA ☐ Бронхоспазм вызванный физическими упражнениями ☐ ***Ингалятор**
RE ☐ Реактивное заболевание дыхательных путей _____
RF ☐ Другие _____
RG ☐ ***Астма** ☐ ***Ингалятор**
RH ☐ Астма – не диагностированная

Неоплазмы (Рак/Опухоли)

TI ☐ Другие _____

Почечная и мочеполовая

UB ☐ Хроническая инфекция мочевыводящих путей _____
UC ☐ Дисменорея (болезненные менструации) _____
UD ☐ Состояние мочеполовой системы Другие _____
UH ☐ Состояние почек Другие _____

Глаз и ухо

YB ☐ Нарушение слуха _____
YA/YC ☐ Хронические инфекции уха ____ ☐ Состояние уха _____
YD ☐ Незрячий _____
YE ☐ Состояние глаз _____
YF ☐ Носит очки _____ последняя проверка зрения : _____

Нужны ли лекарства в домашних условиях? ☐ Нет ☐ Да Пожалуйста, список: _____
Нужны ли лекарства в школе? ☐ Нет ☐ Да, пожалуйста, перечислите : _____
Предпочетаемая больница: _____

История болезни (отметьте все что применимо) Или ☐ Нет проблем со здоровьем в это время (пожалуйста, подпишите ниже).

Если родитель/опекун или уполномоченный экстренный контакт не могут быть достигнуты во время неотложной медицинской помощи, и если неотложная помощь срочна, я разрешаю школьным властям направить моего ученика в больницу или к врачу, который является наиболее доступным.Я понимаю, что я несу полную ответственность за оплату любых оказанных услуг. Я понимаю, что информация, представленная выше, будет передана соответствующему школьному персоналу чтобы обеспечить безопасность моего ученика. Я даю разрешение работникам школьного округа Снохомиш получить и ввести даты получения прививок в WAIIS для ведения учета иммунизации моего ученика.

Дата: _____ **Подпись родителей/опекунов :** _____ Телефон: _____

SNOHOMISH SCHOOL DISTRICT
1601 Avenue D, Snohomish, WA 98290-1799
360-563-7300 Fax 360-563-7279

Посещение школы

бланк

Посещение школы обязательно по закону штата.

- Закон штата обязывает детей в возрасте от 8 до 17 лет посещать школу.
- Дети в возрасте от 6 до 7 лет, записаные в школу, также обязаны ее посещать.
- Учащиеся, достигшие 16 лет могут быть освобождены от посещения школы, если они отвечают определенным требованиям закона штата (RCW 28A.225.010).
- Если ребенок не сможет явиться в школу, сообщите об этом в школьный офис.

В случае пропуска занятий учащимся школа обязана:

- Если в течение месяца ребенок пропустил школу три по неуважительной причине, закон штата (RCW 28A.225.020) требует, чтобы мы назначили собрание с Вами и Вашим ребенком.
- В начальной школе после пяти пропусков по уважительной причине за один месяц или как минимум после десяти пропусков по уважительной причина в течение учебного года районный отдел школьного образования обязан связаться с Вами и назначить собрание. Собрание не требуется если Вы представили справку от врача или договорились о пропуске заранее в письменной форме и был составлен план занятий, чтобы ребенок не отстал от программы.
- Если у ребенка имеется семь пропусков по неуважетельной причине за месяц или десять пропусков по неуважительной причине в течение года, мы обязаны подать ходатайство в суд по делам несовершеннолетних в связи с нарушением закона RCW 28A.225.010 об обязательном посещении школы. Вы и Ваш ребенок будете обязаны явиться в суд.

Знаете ли Вы?

- Явка в школу без опозданий, занятия в течение всего дня каждый день позволит ребенку успешно окончить школу.
- Начиная с нулевого класса, пропуск в среднем двух дней в месяц по любой причине имеет большую вероятность привести к тому, что ребенок отстанет от программы по математике и чтению к третьему классу.
- К 6му классу пропуски занятий - один из трех показателей, что ребенок бросит старшую школу.
- Пропуски могут быть признаками того, что ребенок теряет интерес к учебе, испытывает трубности в учебе, столкнулся с жестоким обращением или иными серьезными трудностями.
- К 9му классу регулярное посещение - более точный показатоль того, что ребенок успешно окончит старшую школу, чем отценки за тесты в 8м классе.

Что Вы можете сделать:

- Позвольте ребенку отстаться дома только если он серьезно болен: у него высокая температура, рвота, понос или инфекция с сыпью.
- Не планируйте приемы и поездки во время школьных занятий.
- Следите за посещением. Пропуск более девяти дней по любой причине может привети к отставанию от программы.
- Составьте вечернее и утреннее расписание, следите, чтобы домашняя работа была закончена и рюкзак собран с вечера.
- Имейте запасной план с родственниками, соседями или родителями чтобы привезти ребенка в школу, если Вы не можете.

Если по какой-то причине Вам трудно сделать так, чтобы ребенок посещал школу, мы будем рыды помочь найти решение. Обратитесь в школьный офис и назначьте собрание, чтобы обсудить посещение.

Я подтверждаю, что прочитал (или мне прочитали) данный документ и понял его.

Имя учащегося: _____
имя среднее фамилия

Дата рождения: _____ Возраст: _____ Класс: _____Школа: _____

Адрес_____
Улица Город Индекс

Телефон: _____

У Вас есть другие дети, которые посещают школы в районе Снохомиш?

Имя: _____Дата рождения: _____Лет: _____ Класс:_____ Школа: _____

Имя: _____Дата рождения: _____Лет: _____ Класс:_____ Школа: _____

Имя:_____ Дата рождения: _____Лет: _____ Класс:_____ Школа: _____

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Вашингтон, что представленная здесь информация верна и точна.

Имя заполнившего печатными буквами: _____

Подпись: _____**Дата**_____

Отношение к учащемуся: ☐родитель ☐ опекун ☐сам ☐ Иное _____

Прочтите, заполните бланк и сдайте в школу до конца сентября.

Школьный округ Снохомиш 201
Снохомиш, Вашингтон 98290

3231F1R
1/2026

Согласие на разглашение документов об образовании

Следующие учащиеся зачислены в школьный округ Снохомиш:

Студент_____ _____ _____ Дата рождения: _____ Класс: ___
Фамилия Имя Отчество

Студент_____ _____ _____ Дата рождения: _____ Класс:___
Фамилия Имя Отчество

В целях сбора данных, относящихся к образовательным программам, мы запрашиваем передачу записей о вышеназванных учащихся между школьным округом Снохомиш и:

Название/Агентство/Школа _____ Телефон _____
(агентство или бывшая школа)

Адрес _____ Город/ штат _____ индекс _____

Пожалуйста, отправьте по почте официальные школьные документы, включая следующее:

(*Специальные программы включают Международный бакалавриат, ELL/MLL, Honours и т.д.)*

☐ Все баллы государственной оценки
☐ Стандартизированная информация о тестировании
☐ Записи об иммунизации
☐ Рекорды посещаемости
☐ Образовательный накопительный файл
☐ Форма отказа и оценки
☐ Дисциплина
☐ Размещение на специальных программах
☐ Табели успеваемости
☐ Неоплаченный штраф/сборы*
☐ План 504
☐ Проверка даты рождения
☐ Транскрипт/Академическая справка
☐ Расписание занятий на текущий год / или будущий год (только для старшей школы)
☐ Статус истории штата Вашингтон = ☐ Met ☐ Not Met
☐ Другие _____

Отвечающее агентство/учебное заведение, пожалуйста, направьте информацию об этом студенте по адресу:

☐ Cascade View Elementary – Fax: 360-563-7004 – Ph: 360-563-7000 – 2401 Park Ave., Snohomish, WA 98290
☐ Cathcart Elementary – Fax: 360-563-7078 – Ph: 360-563-7075 – 8201 188th St. SE, Snohomish, WA 98296
☐ Dutch Hill Elementary – Fax: 360-563-4455 – Ph: 360-563-4450 – 8231 131st Ave. SE, Snohomish, WA 98290
☐ Emerson Elementary – Fax: 360-563-7157 – Ph: 360-563-7150 – 1103 Pine Ave., Snohomish, WA 98290
☐ Little Cedars Elementary – Fax: 360-563-2902 – Ph: 360-563-2900 – 7408 144th Place SE, Snohomish, WA 98296
☐ Machias Elementary – Fax: 360-563-4828 – Ph: 360-563-4825 – 231 147th Ave. SE, Snohomish, WA 98290
☐ Riverview Elementary – Fax: 360-563-4378 – Ph: 360-563-4375 – 7322 64th St., SE, Snohomish, WA 98290
☐ Parent Partnership Program – Fax: 360-563-3439 – Ph: 360-563-4603 – 221 Union Ave., Snohomish, WA 98290
☐ Seattle Hill Elementary – Fax: 360-563-4680 – Ph: 360-563-4675 – 12711 51st Ave. SE, Everett, WA 98208
☐ Totem Falls Elementary – Fax: 360-563-4756 – Ph: 360-563-4756 – 14211 Sno-Cascade Drive, Snohomish, WA 98296
☐ Centennial Middle School – Fax: 360-563-4585 – Ph: 360-563-4528 – 3000 South Machias Rd., Snohomish, WA 98290
☐ Valley View Middle School – Fax: 360-563-4236 – Ph: 360-563-4239 – 14308 Broadway Ave. SE, Snohomish, WA 98296
☐ AIM High School – Fax: 360-563-3402 – Ph: 360-563-3400 – 221 Union Ave., Snohomish, WA 98290
☐ Glacier Peak High School – Fax: 360-563-7630 – Ph: 360-563-7600 – 7401 144th Place SE, Snohomish, WA 98296
☐ Snohomish High School – Fax: 360-563-4197 – Ph: 360-563-4059 – 1316 Fifth St., Snohomish, WA 98290

Согласно Закону о правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни [Кодекс США: раздел 20, раздел 123g, a(6) 1B], нет необходимости получать письменное согласие на разглашение записей. Школьные чиновники в школьных системах, в которые учащийся намерен поступить, могут получить личное дело учащегося без письменного согласия на такое освобождение.

Я принимаю уведомление о такой передаче документов в соответствии с требованиями Закона о правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни 1974 года и понимаю, что у меня есть право получить копию за свой счет, если потребуется, и у меня есть возможность провести слушание, чтобы оспорить содержание записей. Я понимаю, что передаваемая информация будет обрабатываться конфиденциально и не будет передаваться третьим лицам без моего согласия, за исключением случаев, разрешенных WAC 392-171-631.

Подпись _____ дата _____

Родитель, опекун или взрослый учащийся

*Пожалуйста, сообщите нам, если вы не можете отправить документы из-за неоплаченных штрафов/сборов.

SNOHOMISH SCHOOL DISTRICT

Сведения о перевозке учащихся на 2026–2027 гг.

Собирается ли учащийся ездить на школьном автобусе в течение 2026–2027 учебного года?

Да _____ Нет _____

Имя и фамилия учащегося _____

Личный идентификационный номер учащегося (если известен) _____

Адрес учащегося (домашний адрес и город) _____

Школа, которую учащийся собирается посещать в 2026–2027 учебном году

Начальная школа Кэткарт (Cathcart Elementary) _____
Начальная школа Каскейд-Вью (Cascade View Elementary) _____
Начальная школа Датч-Хилл (Dutch Hill Elementary) _____
Центр начального образования Централ (Emerson Elementary) _____
Начальная школа Литтл-Сидерс (Little Cedars Elementary) _____
Начальная школа Макиас (Machias Elementary) _____
Начальная школа Ривервью (Riverview Elementary) _____
Начальная школа Сиэтл-Хилл (Seattle Hill Elementary) _____
Начальная школа Тотем-Фоллз (Totem Falls Elementary) _____
Средняя школа Сентенниал (Centennial Middle School) _____
Средняя школа Валлей-Вью (Valley View Middle School) _____
Старшая школа Глейшер-Пик (Glacier Peak High School) _____
Старшая школа Снохомиш (Snohomish High School) Старшая _____
школа Эйм (AIM High School) _____

Класс, который будет посещать учащийся в 2026–2027 учебном году

Подготовительный класс _____ 7-й класс _____
1-й класс _____ 8-й класс _____
2-й класс _____ 9-й класс _____
3-й класс _____ 10-й класс _____
4-й класс _____ 11-й класс _____
5-й класс _____ 12-й класс _____
6-й класс _____

Место посадки на автобус утром У дома_____ Учащийся не планирует ездить на автобусе _____ Другое _____

Место высадки из автобуса вечером У дома _____ Учащийся не планирует ездить на автобусе _____
Другое _____

Собирается ли учащийся заказывать в начале учебного года постоянный проездной билет с иным местом посадки/высадки? Если да, то с каким? _____

Имя родителя (печатными буквами) _____

Транспорт не предоставляется и не гарантируется учащимся посещающим школу не по месту жительства.

Washington State Title I Migrant Education Program

Eligibility Survey

Dear Parents/ Legal Guardians:
The Washington State Office of the Superintendent of Public Instruction funds programs designed to help children ages 0 through 21 who have moved on their own or with their parents within the past three years to seek or obtain temporary or seasonal work as a principal means of livelihood in activities related to:

- Agriculture
- Warehouses/Packing
- Beef
- Poultry
- Forestry
- Shellfish
- Dairy
- Fishing
- Livestock
- Root picking

We would appreciate your cooperation in answering the following questions.

1. Within the last three years, have you and your family relocated to an area that lies in the boundaries of a different school district, even temporarily?
   ☐ Yes ☐ No
2. Within the last three years did you travel or move to seek temporary work?
   ☐ Yes ☐ No
3. Was the purpose of the move or relocation to work in any of the previously mentioned activities (or other related activities)?
   ☐ Yes ☐ No
4. If you are new to the Snohomish School District, do you plan to seek work in any of the previously mentioned activities?
   ☐ Yes ☐ No
5. Within the last three years have you participated in traditional American Indian harvesting activities, if it is part of your cultural heritage?
   ☐ Yes ☐ No
6. If you answered "yes" to two or more of the previous questions, can we contact you for more information?
   ☐ Yes ☐ No

Parent/Guardian Comments:
_____

If you or your children moved to seek or obtain temporary or seasonal work, you or your children may qualify to receive the following services:

- Transfer of Educational and Health Information (nationwide)
- Educational/Health Services
- Free Breakfast and Lunch

Please provide the following necessary information below:

Name of Student_____ School: _____ Grade _____
Names of Parent(s) or Legal Guardians(s): _____
Address (Street): _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Phone Number: _____ Email (if applicable): _____

Please send this form to:
Snohomish School District
c/o Teaching & Learning Services
1601 Avenue D
Snohomish, WA 98290

Questions? Please contact:
Karla Reyes, Migrant and MLL Family Liaison
karla.reyessanchez@sno.wednet.edu
Phone: 360-563-7290

Thank you. Let's work together to improve our children's education.

SNOHOMISH SCHOOL DISTRICT

Форма отказа от военного вербовщика

Статья 9528 Закона 2001 года «Ни один ребенок не оставлен без внимания» требует, чтобы школы делились личной информацией нашей семьи с военным вербовщиком, если мы не «откажемся» в письменной форме.

☐ Как родитель /опекун, я пользуюсь правом «отказаться» и прошу вас не делиться именем, адресом и номером телефона следующего студента с военным вербовщиком.

☐ Как студент, я пользуюсь правом «отказаться» и прошу, чтобы вы не передавали имя, адрес и номер телефона следующего студента военным вербовщикам..

Федеральный публичный закон 107-110, раздел 9528 ESEA, «Закон о ни одном ребенке не оставлен без внимания», требует, чтобы школьные округа сообщали имена учащихся, адреса и номера телефонов военным вербовщикам по запросу. Закон также требует, чтобы школьный округ уведомлял учащихся и родителей/опекунов о праве отказаться от этого, требуя, чтобы округ не разглашал информацию об учениках военным вербовщикам. Эта форма предназначена для запроса на сокрытие этой информации..

Обратите внимание, что ограничения на отказ должны продлеваться в начале каждого учебного года.

Имя студента _____ _____
Фамилия Имя

Подпись студента _____

Имя родителя/ опекуна _____ _____
Фамилия Имя

Подпись родителя/опекуна _____

Дата подписания _____

For Office Use Only
1. **Enter opt-out date in Skyward student record – Custom Forms/Military Opt Out.**
2. **From WS/ST/TB/CF – Web Student/Student Tabs/Custom Forms.**
3. **Check military opt-out box and enter date of military opt out.**
4. **Retain this signed form at the school for the current school year.**

SNOHOMISH SCHOOL DISTRICT

Бланк отказа от фото и

В течение учебного года мы периодически фотографируем учащихся, снимаем их на видео или делаем записи их голоса, с целью сбора информации для школы или округа. Мы стараемся информировать об этом родителей заранее, однако это не

Доносим до вашего сведения, что члены семей учащихся, местные жители и гости школьных мероприятий также могут осуществлять фотосъемку и иную съемку учащихся и публиковать отснятый материал без предварительного согласования с представителями школьного округа, в результате чего учащийся может появиться на фотоснимках и в иных материалах, распространяемых третьими лицами. Школьный округ Снохомиш не несет ответственности за использование образа (фотографии, голоса и пр.) учащегося в данных материалах.

Вы можете отказаться от участия учащегося в фотосъемке или иных видах съемки, осуществляемых Школьным округом Снохомиш или по официальному поручению Школьного округа Снохомиш. Для этого вам необходимо внести необходимые

☐ Я НЕ хочу, чтобы нижеупомянутый учащийся появлялся на фотографиях или в аудиовизуальных записях, создаваемых Школьным округом Снохомиш или по официальному поручению Школьного округа Снохомиш. (Если вы выберете данный пункт, образ учащегося НЕ БУДЕТ использоваться В КАКИХ БЫ ТО НИ БЫЛО

Обратите внимание на то, что отказ необходимо подтверждать в начале каждого нового учебного года.

Учащи _____ _____

Фамилия *Имя*

Родитель/Опекун _____ _____

Фамилия *Имя*

_____ _____

Дат *Телефон для*

Только для внутреннего пользования

1. **Внести дату отказа в систему Skyward Student Records: раздел Custom Forms / Internet Opt Out.**
2. **Из WS / ST / TB / CF перейти в Web Student / Student Tabs / Custom Forms.**
3. **Выбрать пункт «Photo opt-out» и ввести дату отказа.**
4. **Подписанный бланк отказа хранится в школе до конца текущего учебного года.**

Certificate of Immunization Status (CIS)

Заполнять печатными буквами. Инструкции по заполнению и печати формы с помощью системы Washington State Immunization Information System (IIS, Информационная система по иммунизации штата Вашингтон) приведены на обратной стороне листа.

Reviewed by:	Date:
Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No	

Фамилия ребенка:	**Имя:**	**Второй инициал:**	**Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ)**

Я разрешаю школе / дошкольному учреждению, которые посещает мой ребенок, вводить данные об иммунизации в систему Immunization Information System для ведения истории развития ребенка.	Только для лиц с условным допуском. Я понимаю, что моему ребенку предоставлен условный допуск к посещению школы или дошкольного учреждения. Чтобы ребенок мог и дальше посещать школу, мне нужно в установленный срок предоставлять необходимые документы об иммунизации. См. руководство для лиц с условным допуском на обратной стороне листа.
X _____ **Подпись родителя/опекуна** **Дата**	X _____ **Подпись родителя/опекуна необходима, если ребенок изначально допущен условно** **Дата**

Обязательные вакцины для зачисления в школу или дошкольное учреждение

▲ Требуется для школы ● Требуется для дошкольного учреждения	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	Д/ММ/ГГ
●▲ DTaP (АКДС — дифтерия, столбняк, коклюш)						
▲ Tdap (КДС — столбняк, дифтерия, коклюш) (7 класс и старше)						
●▲ DT или Td (АДС-М — столбняк, дифтерия)						
●▲ Hepatitis B (Гепатит B)						
● Hib (Hib-вакцина — гемофильная инфекция типа b)						
●▲ IPV (ИПВ — полиомиелит) (любое сочетание IPV/OPV)						
●▲ OPV (ОПВ — полиомиелит)						
●▲ MMR (КПК — корь, паротит, краснуха)						
● PCV (пневмококковая конъюгированная вакцина / пневмококковая полисахаридная вакцина — пневмококковая инфекция)						
●▲ Varicella—Ветряная оспа (ветрянка) ☐ История болезни, проверенная в системе IIS						

Рекомендованные вакцины (необязательные для допуска к посещению школы или дошкольного учреждения)

COVID-19						
Flu (Грипп)						
Hepatitis A (Гепатит A)						
HPV (ВПЧ — вирус папилломы человека)						
MCV/MPSV (менингококковая конъюгированная вакцина / менингококковая полисахаридная вакцина — менингококковая инфекция типа A,C,W,Y)						
MenB (менингококковая инфекция типа B)						
Rotavirus (Ротавирус)						

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:

☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease.

☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B
☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps
☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella

☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)

►

Licensed Health Care Provider Signature Date

►

Printed Name

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.

Инструкции по заполнению свидетельства Certificate of Immunization Status (CIS, Свидетельство о состоянии иммунизации). Распечатайте форму из системы Immunization Information System (IIS) или заполните ее вручную.

Чтобы распечатать форму с уже заполненной информацией об иммунизации:

Узнайте, вводит ли ваше медицинское учреждение информацию об иммунизации в систему WA Immunization Information System (единый реестр штата Вашингтон). Если так, попросите распечатать свидетельство CIS из системы IIS, и данные об иммунизации вашего ребенка будут заполнены автоматически. Вы также можете распечатать свидетельство CIS дома, зарегистрировавшись в системе MyIR и войдя в нее на странице https://myirmobile.com/. Если ваше медицинское учреждение не использует систему IIS, обратитесь по электронной почте или телефону в Department of Health (Управление здравоохранения), чтобы получить копию свидетельства CIS своего ребенка: waiisrecords@doh.wa.gov или 1-866-397-0337.

Чтобы заполнить форму вручную:

1. Напишите печатными буквами имя и дату рождения своего ребенка и поставьте подпись в указанном месте на странице
2. Укажите дату введения каждой вакцины в столбце «Дата» (в формате ДД/ММ/ГГ). Если ребенку введена комбинированная вакцина (один укол, защищающий от нескольких заболеваний), следуйте указаниям приведенного ниже справочного руководства, чтобы правильно записать данные для каждой вакцины. Например, препарат Pediarix следует указать для дифтерии, столбняка и коклюша как «DTaP», вакцину от гепатита B как «Hep B», а от полиомиелита — как «IPV».
3. Если ребенок перенес ветрянку (ветряную оспу), но не был привит, для соответствия требованиям школы врач должен проверить информацию о его заболевании.
    - Если врач может удостовериться, что ребенок перенес ветрянку, попросите его поставить соответствующую галочку в разделе Documentation of Disease Immunity (Документация об иммунитете к заболеваниям) и подписать форму.
    - Если работники школы увидят в системе IIS подтверждение того, что ребенок перенес ветрянку, они поставят галочку напротив ветряной оспы в разделе вакцинации.
4. Положительный результат анализа крови (титр) на антитела у ребенка свидетельствует о наличии у него иммунитета к заболеванию. В этом случае врач должен поставить галочки напротив соответствующих заболеваний в разделе Documentation of Disease Immunity и подписать форму, указав дату. К этому свидетельству CIS необходимо приложить результаты лабораторных анализов.
5. Предоставьте подтверждение записей, заверенных медицинским учреждением, в соответствии с приведенными ниже руководствами.

Приемлемые медицинские записи

Все записи о вакцинации должны быть заверены медицинским учреждением. Например:

- Форма свидетельства Certificate of Immunization Status (CIS), распечатанная из системы Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR или системы IIS другого штата с указанием дат вакцинации.
- Заполненная бумажная копия свидетельства CIS, удостоверенная подписью врача.
- Заполненная бумажная копия свидетельства CIS и приложенная форма с записями о вакцинации из электронной медицинской карты в системе медицинского учреждения, удостоверенные подписью или печатью врача. Директор школы, медсестра или другое уполномоченное лицо должны проверить правильность указания дат в свидетельстве CIS и подписать форму.

Условный допуск

Дети могут быть условно допущены к посещению школы или дошкольного учреждения и пребыванию в них, даже если они не получили все обязательные для этого вакцины. (Между введением доз вакцин в курсе вакцинации существует минимальный интервал, поэтому для завершения соответствующего курса ребенку требуется определенное время. Это значит, что дети могут посещать школу или дошкольное учреждение во время ожидания следующей дозы вакцины.) Для получения условного допуска для ребенка должен быть составлен график вакцинации с учетом всех полагающихся доз вакцин перед началом посещения школы или дошкольного учреждения.

Ученики с условным допуском могут посещать школу в течение минимально допустимого периода ожидания следующей вакцинации и еще 30 дней, отведенных на предоставление документов, подтверждающих ее проведение. Если ученику требуется завершить несколько курсов вакцинации, условный допуск будет продлеваться схожим образом, пока все обязательные вакцины не будут введены.

Если по истечении 30-дневного периода условного допуска документы не будут предоставлены в школу или дошкольное учреждение, ученику будет запрещено их дальнейшее посещение согласно положению RCW 28A.210.120 (раздел 28A.210.120 Свода законов штата Вашингтон с поправками). К приемлемой документации относятся доказательства наличия иммунитета к соответствующему заболеванию, медицинские записи о вакцинации или заполненная форма свидетельства Certificate of Exemption (COE, Свидетельство об освобождении).

Washington State Department of HEALTH

Справка об освобождении - по личным/религиозным причинам
(CERTIFICATE OF EXEMPTION - PERSONAL/RELIGIOUS)
Для предоставления в школу, детское дошкольное учреждение и в места, где требуется иммунизация детей дошкольного возраста

Фамилия ребенка: **Имя:** **Второй инициал:** **Дата рождения (мм/дд/гггг):**

ВНИМАНИЕ: Родитель или опекун может освободить своего ребенка от вакцинации против перечисленных ниже болезней, заполнив настоящую форму и предоставив ее в школу или детский сад, который посещает ребенок. Лицо, освобожденное от вакцинации, входит в группу риска по развитию заболевания или заболеваний, против которых вакцинация обеспечивает защиту. Освобожденного ребенка/ученика могут отстранить от посещения школы, детского сада или мероприятий во время эпидемии заболевания, против которого он не получил полную вакцинацию. Заболевания, предупреждаемые вакцинацией, все еще существуют и могут быстро распространяться в коллективах школ и детских садов. Иммунизация – это один из лучших способов защитить людей от развития и распространения заболеваний, которые могут вызывать серьезные расстройства, инвалидность или смерть.

Освобождение по личным/философским или религиозным причинам (Personal/Philosophical or Religious Exemption)
Я освобождаю своего ребенка от обязательной вакцинации против следующих заболеваний, которая требуется для посещения школы или детского сада. (Выберите тип освобождения и вакцинацию, от которой вы хотите освободить своего ребенка):

ОСВОБОЖДЕНИЕ ПО ЛИЧНЫМ/ФИЛОСОФСКИМ ПРИЧИНАМ* (Personal/Philosophical Exemption)			
☐ Дифтерия (Diphtheria)	☐ Гепатит B (Hepatitis B)	☐ гемофильная инфекция типа B (Hib)	☐ Коклюш (Pertussis)
☐ Пневмококковая инфекция (Pneumococcal)	☐ Полиомиелит (Polio)	☐ Столбняк (Tetanus)	☐ Ветряная оспа (Varicella)
**Освобождение от вакцинации против кори, краснухи и паротита по личным/философским причинам не предоставляется по закону*			
ОСВОБОЖДЕНИЕ ПО РЕЛИГИОЗНЫМ ПРИЧИНАМ (Religious Exemption)			
☐ Дифтерия (Diphtheria)	☐ Гепатит B (Hepatitis B)	☐ гемофильная инфекция типа B (Hib)	☐ Коклюш (Pertussis)
☐ Пневмококковая инфекция (Pneumococcal)	☐ Полиомиелит (Polio)	☐ Столбняк (Tetanus)	☐ Ветряная оспа (Varicella)
☐ Корь (Measles)	☐ Паротит (Mumps)	☐ Краснуха (Rubella)	

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)
Одна или несколько требуемых вакцин противоречат моим личным, философским или религиозным убеждениям. Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с лечащим врачом (подпись ниже). Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.

_____ _____ _____
ФИО родителя/опекуна (печатными буквами) **Подпись родителя/опекуна** **Дата**

HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION
I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington state. My signature does not necessarily mean I endorse this decision.

_____ _____ _____
Licensed Health Care Practitioner Name (Print) Licensed Health Care Practitioner Signature Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA Washington License #: _____

Освобождение по причине членства в религиозной организации (Religious Membership Exemption)
Заполните эту часть ТОЛЬКО в том случае, если вы принадлежите к церкви или придерживаетесь вероисповедания, которое возражает против медицинского вмешательства. Заполните верхний раздел, если у вас есть возражения против прививок по религиозным причинам, но убеждения и учения Вашей церкви или религии позволяют вашему ребенку получать лечение со стороны медицинских работников, например, врачей и медсестер.

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)
Я являюсь родителем или законным опекуном вышеуказанного ребенка. Я подтверждаю, что являюсь членом церкви или придерживаюсь вероисповедания, учение которого не позволяет моему ребенку получать какое-либо медицинское лечение со стороны врачей. Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной
и достоверной.

_____ _____ _____
ФИО родителя/опекуна (печатными буквами) **Подпись родителя/опекуна** **Дата**

Запросить этот документ в другом формате можно по номеру телефона 1-800-525-0127. Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay) или по электронной почте doh.information@doh.wa.gov.

Washington State Department of HEALTH

Справка об освобождении — по медицинским показаниям
(CERTIFICATE OF EXEMPTION - MEDICAL)

Для предоставления в школу, детское дошкольное учреждение и в места, где требуется иммунизация детей дошкольного возраста

Фамилия ребенка:	Имя:	Второй инициал:	Дата рождения (мм/дд/гггг):

ВНИМАНИЕ: Настоящая форма используется для освобождения ребенка от обязательной вакцинации в случае, если лечащий врач установил, что конкретная вакцинация не рекомендуется для ребенка по медицинским показаниям. Настоящая форма должна заполняться лечащим врачом и подтверждаться подписью родителя/опекуна. Освобожденного ребенка/ученика могут отстранить от посещения школы или детского сада во время эпидемии заболевания, против которого он не получил полную вакцинацию. Заболевания, предупреждаемые вакцинацией, все еще существуют и могут быстро распространяться в коллективах школ и детских садов.

MEDICAL EXEMPTION

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine, per RCW 28A.210.090. Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practice's (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.

*Please indicate which vaccination the **medical exemption** is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark "not exempt."*

Заболевание (Disease)	**нет освобождения (Not Exempt)**	**постоянное освобождение (Permanent Exempt)**	**временное освобождение (Temporary Exempt)**	**дата истечения срока временного освобождения по медицинским показаниям (Expiration Date for Temporary Medical)**
дифтерия (Diphtheria)	☐	☐	☐	
гепатит B (Hepatitis B)	☐	☐	☐	
гемофильная инфекция типа B (Hib)	☐	☐	☐	
корь (Measles)	☐	☐	☐	
паротит (Mumps)	☐	☐	☐	
коклюш (Pertussis)	☐	☐	☐	
пневмококковая инфекция (Pneumococcal)	☐	☐	☐	
полиомиелит (Polio)	☐	☐	☐	
Краснуха (Rubella)	☐	☐	☐	
Столбняк (Tetanus)	☐	☐	☐	
ветряная оспа (Varicella)	☐	☐	☐	

HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION

I declare that vaccination for the disease(s) checked about is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington state, and the information provided on this form is complete and correct.

_____	_____	_____
Licensed Health Care Practitioner Name (Print)	Licensed Health Care Practitioner Signature	Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA Washington License #: _____

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)

Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с лечащим врачом, предоставившим данное освобождение по медицинским показаниям. Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.

_____	_____	_____
ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)	**Подпись родителя/опекуна**	**Дата**

Запросить этот документ в другом формате можно по номеру телефона 1-800-525-0127. Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay) или по электронной почте doh.information@doh.wa.gov.

Родители, а ваши дети готовы к школе?

Список прививок, необходимых для поступления в школу

Инструкции. Чтобы узнать, какие прививки обязательны для посещения школы, найдите класс своего ребенка в первом столбце. В соответствующей строке вы увидите список прививок, необходимых вашему ребенку для посещения школы.

	дифтерия, столбняк, коклюш	**Гепатит B**	**Вакцина против гемофильной инфекции типа b**	**корь, паротит, краснуха**	**пневмококковая конъюгированная вакцина**	**Полиомиелит**	**ветряной оспы**
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Дошкольное учреждение От 19 месяцев до >4 лет к 1 сентября	4 дозы АаКДС	3 дозы	3 или 4 дозы * (в зависимости от вакцины)	1 доза	4 дозы*	3 дозы	1 доза**
Дошкольное учреждение/детский сад Возраст от 4 лет (по состоянию на сентябрь 1)	5 доз АаКДС *	3 дозы	3 или 4 дозы* (в зависимости от вакцины) (Не требуется в возрасте от 5 лет)	2 дозы	4 дозы* *(Не требуется в возрасте от 5 лет)*	4 дозы*	2 дозы**
С детского сада по 6-й класс	5 доз АаКДС *	3 дозы	Не требуется	2 дозы	Не требуется	4 дозы*	2 дозы**
Классы с 7-го по 12-й	5 доз АаКДС * *Доп. доза АаКДС-м в возрасте от 10 лет*	3 дозы	Не требуется	2 дозы	Не требуется	4 дозы*	2 дозы**

* Меньшее количество доз вакцин может быть допустимым (это зависит от того, когда были сделаны прививки).

** Допускается также подтверждение факта, что ребенок переболел ветряной оспой, предоставленное врачом. Чтобы соответствовать школьным требованиям, ученики должны вакцинироваться в установленные временные рамки. Если у вас есть вопросы, проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или персоналом школы. Информация о других важных вакцинах, которые не требуются для посещения школы: https://www.immunize.org/official-guidance/cdc/rec-schedules/.

Запросить этот документ в другом формате можно по номеру телефона 1-800-525-0127. Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay) или по электронной почте doh.information@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Dec. 2025 Russian

Washington State Department of HEALTH

Анкета о жилищных условиях учащихся программы McKinney-Vento (MKV)

Заполните эту форму, только если ваша жилищная ситуация является временной или нестабильной.
Если вы владеете, арендуете или снимаете жилье, НЕ заполняйте эту форму.

Ответы на следующие вопросы помогут определить, какие услуги может получить учащийся в соответствии с Законом McKinney-Vento (42 U.S.C. 11435). Этот закон предоставляет поддержку и услуги детям и молодежи, находящимся в условиях бездомности. (Дополнительную информацию смотрите на обратной стороне).

Если учащийся проживает в доме, который принадлежит или арендуется родителем или опекуном, вам не нужно заполнять эту форму, если в жилье отсутствуют базовые удобства (вода, отопление, электричество и т. д.). Если у вас нет собственного жилья, отметьте все подходящие варианты ниже:

- ☐ В мотеле/отеле
- ☐ В приюте (краткосрочном/долгосрочном)
- ☐ Переезжаем с места на место / временно проживаем у друзей или знакомых
- ☐ В доме или квартире другого человека с другой семьей
- ☐ В автомобиле, парке, жилом трейлере, кемпинге или другом подобном месте
- ☐ В переходном жилье
- ☐ В жилье с ненадлежащими условиями (нет воды, отопления, электричества и т. д.)
- ☐ Другое:

Список всех дошкольников и учащихся, проживающих с вами (Пожалуйста, пишите разборчиво):
Имя: _____ Фамилия: _____ Отчество: _____
Дата рождения: _____ Класс: _____
ID учащегося: _____ Школа: _____

Имя: _____ Фамилия: _____ Отчество: _____
Дата рождения: _____ Класс: _____
ID учащегося: _____ Школа: _____

Имя: _____ Фамилия: _____ Отчество: _____
Дата рождения: _____ Класс: _____
ID учащегося: _____ Школа: _____

Статус учащегося
- ☐ Учащийся без сопровождения (проживает без родителей или законного опекуна)
- ☐ Учащийся проживает с родителем или законным опекуном
- ☐ Учащийся находится в приемной семье

Текущий адрес проживания: _____
Адрес Город Штат Почтовый индекс

Требуется ли учащемуся транспорт до/от школы? ☐ Да ☐ Нет

ФИО родителя/законного опекуна_____
(или учащегося без сопровождения)

Подпись родителя/законного опекуна_____ Дата: _____
(или учащегося без сопровождения)

Я подтверждаю под страхом наказания за ложные показания в соответствии с законами штата Вашингтон, что указанная информация является правдивой и точной.

Пожалуйста, верните заполненную форму школьному консультанту.

1/2025

Закон McKinney-Vento (42 U.S.C. 11435)

Раздел 725. Определения

Для целей этого документа:

1) Термины **«зачисление» и «обучение»** включают посещение занятий и **полноценное участие** в школьной деятельности.
2) Термин **«бездомные дети и молодежь»** означает лиц, **не имеющих постоянного, регулярного и адекватного ночного места проживания**, в том числе:

   A. Дети и молодежь, **временно проживающие у других людей** из-за потери жилья, экономических трудностей или по другой причине.
   B. Дети и молодежь, живущие **в мотелях, отелях, трейлерных парках или кемпингах** из-за отсутствия альтернативного жилья.

      i. Дети и молодежь, проживающие **в экстренных или временных приютах**.Дети, оставленные в больницах.
      ii. Дети и молодежь, основное ночное место жительства которых представляет собой **общественное или частное место, не предназначенное для жилья**.
      iii. Дети и молодежь, живущие **в автомобилях, парках, общественных местах, заброшенных зданиях, на вокзалах и в других небезопасных местах**.
      iv. **Мигрирующие дети**, подпадающие под определение бездомности, так как проживают в вышеуказанных условиях.

6) Термин **«несопровождаемая молодежь»** означает **молодого человека, не находящегося под опекой родителя или законного опекуна**.

Дополнительные ресурсы

- **Национальный центр по вопросам образования бездомных детей**
  https://nche.ed.gov
- **Национальная ассоциация образования бездомных детей и молодежи (NAEHCY)**
  www.naehcy.org/resources
- **SchoolHouse Connection**
  www.schoolhouseconnection.org