



ESCUELAS PÚBLICAS DE BELLINGHAM

Formulario de Registro
Estudiantil
Escuelas Secundarias y Preparatorias

¿Ha asistido su hijo a las escuelas públicas de Bellingham? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, por favor proporcione el nombre de la escuela que asistió:		Fechas de asistencia:	
Apellido del Estudiante:		Primer Nombre Legal del Estudiante:		Segundo Nombre Legal:	
Apellido de preferencia del estudiante:		Primer nombre de preferencia del estudiante:		Segundo nombre de preferencia:	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)					
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Género Preferido <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-binario <input type="checkbox"/> Femenino		Grado	
Lugar de Nacimiento: Ciudad		Estado		País	
<i>Si su hijo/a nació fuera de los Estados Unidos:</i>		Fecha de inscripción inicial en una escuela pública en los EEUU (mm/dd/aa)		Número de meses en una escuela de K-12 fuera de los EEUU	
<i>Información de etnicidad y raza – ver página adicional</i>		Primer Idioma hablado por el Estudiante:		Primera Lengua hablada en Casa:	
Nombre de la Última Escuela (Pre-kínder) Asistida:		Último Día Asistido:		Dirección de la Escuela Anterior (Ciudad & Estado):	

#1 Hogar Primario (donde reside el niño)

Apellido		Primer Nombre		Parentesco con el Niño		
Teléfono del Hogar: <input type="checkbox"/> Privado		Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:		
Correo Electrónico:						
Apellido		Primer Nombre		Parentesco con el Niño		
Teléfono Celular:			Teléfono del Trabajo:			
Correo Electrónico:						
Dirección de la Calle	Dirección (incluya Apt #)			Dirección de Correspondencia	Calle/Caja Postal	
	Ciudad	Estado	Código Postal		Ciudad	Estado

#2 Segundo Hogar

Apellido		Primer Nombre		Parentesco con el Niño		
Teléfono del Hogar: <input type="checkbox"/> Privado		Teléfono Celular:		Teléfono de Trabajo:		
Correo Electrónico:						
Apellido		Primer Nombre		Parentesco con el Niño		
Teléfono Celular:			Teléfono del Trabajo:			
Correo Electrónico:						
Dirección de la Calle	Dirección (incluya Apt #)			Dirección de Correspondencia	Calle/Caja Postal	
	Ciudad	Estado	Código Postal		Ciudad	Estado



ESCUELAS PÚBLICAS DE BELLINGHAM

Formulario de Registro
Estudiantil
Escuelas Secundarias y Preparatorias

¿Hay custodia compartida o plan de crianza en efecto? Sí No Adjunto (si sí, copia debe ser archivada con la escuela)

¿Hay alguna orden de restricción en efecto? Sí No Adjunto (si sí, copia debe ser archivada con la escuela)

En caso afirmativo, a quien es la orden de restricción en contra:

¿Tiene su hijo seguro médico? Sí No Proveedor: _____

Médico: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

Contactos de emergencia – Por Favor anotar adultos de confianza que estén disponibles durante el día para recoger y atender a su hijo en caso de que no podamos llegar al padre/guardián.

Nombre: _____ Parentesco con Niño: _____ Teléfono del Hogar: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

1.

2.

3.

Correo Electrónico del Estudiante: _____ Teléfono Celular del Estudiante: _____

¿Ha tomado este estudiante el MSP, HSPE, EDC o prueba estandarizada de otro Estado? Sí No

Si si, indique la escuela donde fue tomada la prueba: _____ Mes/Año: _____

¿Ha sido su hijo suspendido ó expulsado? Sí No

Fecha de los hechos más recientes: _____ ¿Por armas o conducta peligrosa? Sí No

¿Regresó el niño a la escuela? Sí No

¿Ha calificado o recibido su niño servicios de Educación Especial? Sí No Tiene un IEP? Sí No

¿Ha calificado o tenido su niño un plan 504? Sí No

¿Ha recibido su niño servicios de Capitulo/LAP? Sí No Si sí, Matemáticas Lectura

¿Ha participado su niño en: Talentoso/HCL Título 1 ESL Otro _____

¿Ha sido su niño retenido un año escolar? Sí No Si sí, cual fue el nivel de grado(s): _____

¿Ha recibido su niño servicios migratorios? Sí No

Su hijo tiene un padre o guardián que es miembro activo de las fuerzas armadas de los EEUU; Sí No
O que es miembro de las reservas de las fuerzas armadas;
¿O que es miembro de la Guardia Nacional de Washington?

Por Favor Nombre a otros hermanos que asisten a las Escuelas Públicas de Bellingham:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Verificación de Información

La información en este formulario es verdadera y exacta en la presente fecha. Entiendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o asignación puede ser causa de caducidad de la inscripción del estudiante o la asignación a una escuela en el distrito escolar de Bellingham.

Firma del padre/guardián legal: _____

Fecha: _____



DISTRITO ESCOLAR DE BELLINGHAM Bellingham, Washington

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA ESTUDIANTIL

Con el propósito de determinar la residencia legal de un estudiante en relación con los límites de asistencia escolar del Distrito Escolar de Bellingham, la definición legal de residencia expresa lo siguiente:

"WAC 392-137-115 Residencia estudiantil-Definición. Como se utiliza en este capítulo, el término "residencia estudiantil " significa la ubicación física de la morada principal de un estudiante- es decir, el hogar, casa, apartamento, instalación, estructura, o ubicación, etc. - donde el estudiante vive la mayor parte del tiempo. En la aplicación de esta sección, se considerarán:

- 1. La dirección de correo del estudiante- por ejemplo, la dirección de los padres o apartado postal-puede ser diferente de la residencia principal del estudiante.*
- 2. La morada principal del estudiante puede ser diferente de la residencia principal de los padres del estudiante.*
- 3. La falta de una dirección de correo de un estudiante no excluye residencia bajo esta sección.*

Una copia actual de una factura de gas o electricidad (no se aceptan facturas de alcantarillado o agua como comprobante de domicilio) con su nombre y dirección actual, tiene que estar adjunto para poder completar el proceso de registro y tener un paquete de programación disponible para su estudiante.

Yo certifico, de acuerdo con el Código Administrativo de Washington (WAC 392-137-115 Definiciones), que:

(Nombre del Estudiante) _____

reside legalmente en _____

Entiendo que si se determina que el estudiante no reside en la dirección anteriormente mencionada, puede ser transferido/a a su escuela residente.

Firma del Padre/Guardián Legal

Fecha



**Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)
Encuesta de Idiomas en el Hogar**

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno: _____		Grado: _____	Fecha: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____ Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p>Derecho a los servicios de traducción o interpretación Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____</p>		
<p>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>	<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No sé___</p>		
<p>Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ___Sí ___No Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) _____ Mes Día Año</p>		

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.

Note to district: This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.



Name of Student: _____

Please select both ethnicity and race. Hispanic Yes or No, if yes select which one(s). Then select any any race(s) that may apply. Be sure to notice the bold categories prior to selecting the race(s).

Hispanic Yes No

ETHNICITY

- Hispanic
- Argentine
- Bolivian
- Brazilian
- Chicano (Mexican American)
- Chilean
- Colombian
- Costa Rican
- Cuban
- Dominican
- Ecuadorian
- Guatemalan
- Guyanese
- Honduran
- Jamaican

- Mexican
 - Mestizo
 - Native
 - Nicaraguan
 - Panamanian
 - Paraguayan
 - Peruvian
 - Puerto Rican
 - Salvadoran
 - Spaniard
 - Surinamese
 - Uruguayan
 - Venezuelan
 - Hispanic/Latino Write in
-

Black/ African-American (continued on next page)

RACE

- Black/ African-American
- African American
- African Canadian
- Caribbean
- Anguillian
- Antiguan
- Bahamian
- Barbadian
- Barthélemois/Barthélemoises (Saint Barthélemy)
- British Virgin Islander
- Caymanian (Cayman Island)
- Cuba Dominican
- Dominican (Dominican Republic)

- Dutch Antillean (Netherlands Antilles)
 - Grenadian
 - Guadeloupien
 - Haitian
 - Jamaican
 - Martiniquais/Martiniquaise
 - Montserratian
 - Puerto Rican
 - Caribbean Write in
-

Central African

- Angolan
- Cameroonian
- Central African (Central African Republic)
- Chadian
- Congolese (Republic of the Congo)
- Congolese (Democratic Republic of the Congo)

- Equatorial Guinean
 - Gabonese
 - São Toméan
 - Principe
 - Central African Write in
-

Black/ African-American (continued)

East African

- Burundian
- Comoran
- Djiboutian
- Eritrean
- Ethiopian
- Kenyan
- Malagasy (Madagascar)
- Malawian
- Mauritian (Mauritius)
- Mahoran (Mayotte)
- Mozambican

- Reunionese
 - Rwandan
 - Seychellois/Seychelloise
 - Somali
 - South Sudanese
 - Sudanese
 - Ugandan
 - Tanzanian (United Republic of Tanzania)
 - Zambian
 - Zimbabwean
 - East African Write in
-

Latin American

- Argentine
- Belizean
- Bolivian
- Brazilian
- Chilean
- Colombian
- Costa Rican
- Ecuadorian
- El Salvadoran
- Falkland Islander
- French Guianese
- Guatemalan

- Guyanese
 - Honduran
 - Mexican
 - Nicaraguan
 - Panamanian
 - Paraguayan
 - Peruvian
 - South Georgia/South Sandwich Islands
 - Surinamese
 - Uruguayan
 - Venezuelan
 - Latin American Write in
-

South African

- Botswanan
- Mosotho (Lesotho)
- Namibian

- South African
 - Swazi
 - South African Write in
-

West African

- Beninese
- Bissau-Guinean
- Burkinabé (Burkina Faso)
- Cabo Verdean
- Ivorian (Cote d'Ivoire)
- Gambian
- Ghanaian
- Liberian
- Malian

- Mauritanian
 - Nigerien (Niger)
 - Nigerian (Nigeria)
 - Saint Helenian
 - Senegalese
 - Sierra Leonean
 - Togolese
 - West African Write in
-

- Black Write in
-

RACE

Race Ethnicity Data Collection

American Indian/Alaskan Native

American Indian/Alaskan Native

Washington State Tribes

- Chinook Tribe
- Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation
- Confederated Tribes of the Chehalis Reservation
- Confederated Tribes of the Colville Reservation
- Cowlitz Indian Tribe
- Duwamish Tribe
- Hoh Indian Tribe
- Jamestown S'Klallam Tribe
- Kalispel Indian Community of the Kalispel Reservation
- Kikiallus Indian Nation
- Lower Elwha Tribal Community
- Lummi Tribe of the Lummi Reservation
- Makah Indian Tribe of the Makah Indian Reservation
- Marietta Band of Nooksack Tribe
- Muckleshoot Indian Tribe
- Nisqually Indian Tribe
- Nooksack Indian Tribe of Washington
- Port Gamble S'Klallam Tribe
- Puyallup Tribe of Puyallup Reservation
- Quileute Tribe of the Quileute Reservation
- Quinault Indian Nation
- Samish Indian Nation
- Sauk-Suiattle Indian Tribe of Washington
- Shoalwater Bay Indian Tribe of the Shoalwater Bay Indian Reservation
- Skokomish Indian Tribe
- Snohomish Tribe
- Snoqualmie Indian Tribe
- Snoqualmoo Tribe
- Spokane Tribe of the Spokane Reservation
- Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Reservation
- Steilacoom Tribe
- Stillaguamish Tribe of Indians of Washington
- Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Reservation
- Swinomish Indian Tribal Community
- Tulalip Tribes of Washington

RACE

Alaskan Native

Alaska Native Write in

American Indian

American Indian Write in

Asian (continued on next page)

Asian

Asian Indian

Malaysian

Mien

Race Ethnicity Data Collection

Asian (continued)

- Bangladeshi
- Bhutanese
- Burmese/Myanmar
- Cambodian/Khmer
- Cham
- Chinese
- Filipino
- Hmong
- Indonesian
- Japanese
- Korean
- Lao

-
- Mongolian
- Nepali
- Okinawan
- Pakistani
- Punjabi
- Singaporean
- Sri Lankan
- Taiwanese
- Thai
- Tibetan
- Vietnamese
- Asian Write in

Native Hawaiian/Other Pacific Islander

- Native Hawaiian/Other Pacific Islander
- Pacific Islander
- Carolinian
- Chamorro
- Chuukese
- Fijian
- i-Kiribati/Gilbertese
- Kosraean
- Maori
- Marshallese
- Native Hawaiian
- Ni-Vanuatu

- Palauan
- Papuan
- Pohpeian
- Samoan
- Solomon Islander
- Tahitian
- Tokelauan
- Tongan
- Tuvaluan
- Yapese
- Pacific Islander Write in

RACE

White

- White
- Eastern European
- Bosnian
- Herzegovinian
- Polish
- Romanian

- Russian
- Ukrainian
- Eastern European Write in

Middle Eastern and North African

- Algerian
- Amazigh or Berber
- Arab or Arabic
- Assyrian
- Bahraini
- Bedouin
- Chaldean
- Copt
- Druze
- Egyptian
- Emirati
- Iranian
- Iraqi
- Israeli

- Jordanian
- Kurdish Kuwaiti
- Lebanese
- Libyan
- Moroccan
- Omani
- Palestinian
- Qatari
- Saudi Arabian
- Syrian
- Tunisian
- Yemeni
- Middle Eastern Write in
- North African Write in

Nombre del Estudiante _____

Año Escolar _____

Escuela _____

Grado _____

Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____

ALERGIA CON REACCIÓN DE PELIGRO DE MUERTE
REQUIRE un Auto-Inyector de Epinefrina en la escuela y
seguimiento médico. ** Necesita comunicarse con la
enfermera de la escuela

Alergia con peligro de muerte: _____

Otras Alergias, No con Peligro de Muerte pero necesita evitar:

ASMA:

- Intermitente:- El estudiante tiene síntomas de tos y respiración silbante máximo de 2 días a la semana, con dificultad de asma durante la noche dos veces al mes o menos. No tiene otros síntomas más que estos episodios.
- Leve –El estudiante tiene una prescripción para Albuterol/Inhalador de Rescate y lo usa 1-2 veces por semana.
- Moderada –El estudiante tiene una prescripción para Singulair/Flovent, además de un Inhalador de Rescate que se usa menos de 2 veces por semana.
- Severa –El estudiante tiene una prescripción para Advair/Qvar/Xolair, además de un Inhalador de Rescate, y un historial de visitas la Sala de Emergencias.
- Necesita inhalador/medicamento en la escuela *ver instrucciones abajo

DESORDEN DE DEFICIENCIA DE ATENCIÓN:

- Necesita medicamento en la escuela *ver instrucciones abajo
- Medicamento en casa solamente
- Diagnosticado, pero no medicado

DIABETES:

****necesita comunicarse con la enfermera de la escuela**

- Dependiente de insulina y se necesita un programa escolar
- No dependiente de insulina y necesita un programa escolar

PROBLEMAS DE AUDICIÓN:

- Historia de pérdida de audición: Oído: der. ___ izq. ___
- Usa audífonos en el oído izquierdo y/o derecho (circule uno)

PROBLEMAS DE VISIÓN:

- Ciego de un ojo: ojo derecho ___ ojo izquierdo ___
- Otro problema de visión: _____
- Usa lentes Usa lentes de contacto

CONVULSIONES:

****necesita comunicarse con la enfermera de la escuela**

- Necesita medicamento en la escuela * ver instrucciones abajo
- Medicamento en casa
- Antecedentes de convulsiones, pero no medicado actualmente

Fecha de la Ultima Convulsión: _____

RESTRICCIONES FÍSICAS QUE LIMITAN ACTIVIDADES:

- Limitaciones esqueléticas (huesos) o musculares:

OTRAS NECESIDADES DE SALUD O MEDICACIONES:

- Medicamento no mencionado que su hijo/a necesita en la escuela:
* ver instrucciones más abajo

PROBLEMAS ADICIONALES DE SALUD QUE AFECTEN EL RENDIMIENTO ESCOLAR:

*** MEDICAMENTO EN LA ESCUELA:**

Debe entregar el formulario Autorización para suministrar medicamento en la escuela, que se puede obtener en la oficina de la escuela o en el sitio web del BSD. Este formulario debe ser completado por un Proveedor de Salud Licenciado antes que el medicamento pueda ser administrado.

**** CONDICIÓN DE RIESGO DE MUERTE: ¡Necesita comunicarse con la enfermera de la escuela! Un plan de salud debe ponerse en lugar con la enfermera escolar antes de que el estudiante pueda asistir a la escuela.**

AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Si el padre o Proveedor de Salud Licenciado mencionado en el record de registro no pueden ser contactados en caso de una emergencia y observación y tratamiento es urgente a juicio de las autoridades escolares, yo autorizo y dirijo a las autoridades escolares a enviar a mi hijo/a (con acompañamiento adecuado) al hospital o Proveedor de Salud Licenciado más accesible. Comprendo que yo voy a asumir toda responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.

Los problemas de salud previamente mencionados podrán ser compartidos con el personal escolar a “medida que sea necesario”

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: _____



Certificado de Estado de Vacunación

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

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

Apellido del niño: _____

Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.

Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional.

X _____

X _____

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional Fecha

Se requiere para la escuela Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA
Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil					
● DTap (difteria, tétanos y tos ferina)					
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)					
● DT o Td (tétanos, difteria)					
● Hepatitis B					
● Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)					
● IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)					
● OPV (polio)					
● MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
● PCV/PPSV (antineumocócica)					
● Varicela					
<input type="checkbox"/> Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS					

Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)

Gripe (influenza)					
Hepatitis A					
VPH (virus del papiloma humano)					
MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)					
MenB (meningococo tipo B)					
Rotavirus					

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

If the child named in this Certificate of Immunization Status (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.

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella
<input type="checkbox"/> 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: _____

If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Date: _____

Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.

Para imprimir con la información de la vacunación completada:

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicítele que imprima el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.myir.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waisrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

Para llenar el formulario a mano:

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
 - Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
 - Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity" y que firme el formulario.
 - Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity", y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

Registros médicos aceptables

Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.
- Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.

Estado condicional

Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la vacuna y tendrán un período adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias.

Si el período condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Temovac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib + IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

Si usted tiene una discapacidad y necesita este documento en otro formato, por favor llame al 1-800-525-0127 (servicio TDD/TTY 711).



1985 Barkley Boulevard
Bellingham, Washington 98226
(360) 676-6400
bellinghamschools.org

Exclusión Voluntaria de Publicidad y Liberación de la Información Estudiantil

Los padres/guardianes **sólo deben completar este Formulario 4011-F si no quieren que se comparta información sobre su hijo/a según la política y procedimiento 4011/P. Si quiere la restricción, favor de entregar este formulario con fecha límite del 1 de septiembre a su escuela o a la Oficina del Distrito, 1306 Dupont St., Bellingham, WA 98225. Hay que entregar este formulario cada año para mantener activa la restricción.**

Sólo Preparatoria: Exclusión Voluntaria de Reclutamiento Militar

- POR FAVOR DE NO** liberar información del directorio estudiantil (nombre, teléfono, dirección, etc.) a los reclutadores militares como es requerido por ley.

Exclusión Voluntaria de Publicidad Estudiantil

- POR FAVOR DE NO** reconocer públicamente a mi hijo/a por premios o liberar su nombre, foto u otra información estudiantil.

Al marcar esta casilla y devolver este formulario, usted restringe el nombre, foto e información de su hijo/a de ser publicados en boletines y publicaciones escolares producidos por personal del distrito (incluyendo eventos, actividades y programas atléticos), reconocimiento, exhibición pública de trabajos del estudiante que contienen nombres o fotos, listas de honor y graduación, sitios web del distrito/escuela y medios sociales, fotos y vídeo del distrito/escuela, grabación de vídeo en clases por estudiantes en la educación superior/prácticas, etc. Los padres/guardianes no pueden autorizar sólo ciertas partes de publicidad relacionada con la escuela y no otras cuando tienen un 4011F-1 activo en archivo. No se puede usar formularios de permiso de padres personalizados para este propósito.

Si no hay documentación en archivo, se asume que el permiso para la liberación de información se ha concedido.

Tenga en cuenta que **no es posible asegurar la privacidad del estudiante en espectáculos públicos patrocinados por la escuela o el distrito o eventos atléticos/actividades donde se permite cámaras.** Otros estudiantes, padres, miembros de la comunidad y medios de comunicación podrían grabar/tomar fotos/grabar vídeo en sus eventos y compartir esta información públicamente. Al permitir la participación de sus hijos en tales actividades y programas, los padres/guardianes están aceptando esta condición. También, las noticias producidas por estudiantes no se consideran legalmente información del directorio estudiantil. Los padres/guardianes que no quieren que sus hijos estén incluidos en noticias producidas por estudiantes no deben permitir a sus estudiantes posar para estas fotos o participar en medios estudiantiles. Además, el distrito no tiene control sobre medios de noticias/publicaciones que vienen de fuera. El acceso de los medios de comunicación a lugares y eventos no públicos, como dentro del aula, dependerá de su acuerdo para respetar las preferencias de los padres/guardianes.

Exclusión Voluntaria del Anuario

- POR FAVOR DE NO** incluir a mi hijo/a (nombre, teléfono, etc.) en el anuario de la escuela primaria, secundaria, o preparatoria.

Exclusión Voluntaria del Directorio de la PTA (Asociación de Padres y Maestros)

- POR FAVOR DE NO** liberar información del directorio (nombre, teléfono, dirección, etc.) a organizaciones de padres para los directorios escolares. Al marcar esta casilla, su familia no estará incluida en el directorio escolar.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

ESCUELA _____

GRADO: _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN O FIRMA DEL ESTUDIANTE SI ES DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYOR _____

FECHA: _____



1985 Barkley Boulevard
Bellingham, Washington 98226
(360) 676-6400
bellinghamschools.org

Cuestionario de Vivienda del Estudiante

Utilice una forma para cada familia. Regrésela a la oficina de matrícula dentro de 14 días de haberla recibido

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____
PRIMER SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ **GRADO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ / _____ / _____ **EDAD:** _____
MES DÍA AÑO

OTROS NIÑOS VIVIENDO EN LA CASA:

Nombre: _____ Escuela: _____
Nombre: _____ Escuela: _____
Nombre: _____ Escuela: _____

Las respuestas de las siguientes preguntas ayudaran a determinar los servicios y protecciones que este estudiante puede recibir bajo el Acta de Asistencia Educativa para “los Sin Hogar” de McKinney-Vento - 42 U.S.C. 11435.

- 1. ¿Para este estudiante el domicilio es temporal y no propiedad de renta? Sí No
- 2. ¿Esta residencia temporal es a causa de recursos económicos? Sí No
- 3. ¿Este estudiante esta en cuidado temporal del estado? Sí No
- 4. ¿Como estudiante, estas viviendo con una persona que no es tu padre(s) ni guardián legal? Sí No

Si contestó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, complete el resto de esta forma.

Si contestó no a todas las preguntas anteriores, puede para aquí.

¿Dónde está viviendo este estudiante?

- En un motel
- En un refugio para familias sin hogar
- Comparatiendo una vivienda con otra familia o pariente
- Viviendo de lugar en lugar
- En un alojamiento inadecuado, como vehículo, parque para acampar, o al aire libre
- Asistencia de vivienda temoral
- “Esperando” Hogar de acogida

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL: _____
(o)

NOMBRE DE MOTEL /REFUGIO DE RESIDENCIA: _____
(o)

NOMBRE DE “AREA GENERAL” DE RESIDENCIA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO O DE CONTACTO: _____ **NOMBRE DE CONTACTO:** _____

Nombre de padre(s)/guardián legal(es): _____
(O Joven no acompañado/a)

Firma de padre(s)/ guardián legal(es): _____ **Fecha:** _____
(O Joven no acompañado/a)



RCW 28A.225.005 – Información de Asistencia Requerida para Estudiantes y Padres:

Las Escuelas Públicas de Bellingham trabajan para asegurar que todos los estudiantes se beneficien completamente de su educación asistiendo a la escuela regularmente. Asistir a la escuela regularmente ayuda a los niños a sentirse mejor con a la escuela y con ellos mismos. Su estudiante puede comenzar a construir este hábito a cualquier edad, pero cuanto antes mejor, así aprenden de inmediato que ir a la escuela a tiempo, todos los días es importante. La asistencia constante ayudará a los niños a triunfar en la preparatoria, la universidad y en el trabajo.

¿SABÍA USTED?

- Desde el kínder, demasiadas ausencias (justificadas o no) pueden causar que los niños se atrasen en la escuela.
- En el grado 9, la asistencia alta y regular puede predecir mejor la tasa de graduación que las calificaciones en los exámenes del grado 8.
- Las ausencias pueden afectar toda la clase si el maestro tiene que enseñar más despacio para ayudar a los niños a alcanzar a los demás.
- El llegar tarde a la escuela puede llevar a mala asistencia.
- Los estudiantes se pueden atrasar si faltan un solo un día o dos en unas cuantas semanas.
- Si faltan un 10 por ciento (unos 18 días) aumenta la posibilidad de que el estudiante no pueda leer o dominar la matemática al mismo nivel que sus compañeros.
- En el grado 6, la ausencia es una de tres señales de que el estudiante puede abandonar la escuela en la preparatoria.
- Al estar presente en la escuela, su hijo/a aprende habilidades sociales importantes y tienen la oportunidad de desarrollar relaciones significativas con otros estudiantes y el personal.
- Las ausencias pueden ser señales de que un estudiante esta perdiendo interés en la escuela, teniendo dificultad con el trabajo escolar, experimentando acoso o lidiando con alguna otra potencial seria dificultad.

Pedimos su ayuda para asegurar que su hijo/a asista regularmente y tenga éxito en la escuela. Si su estudiante va a estar ausente, por favor comuníquese con la oficina de su escuela tan pronto como sea posible (idealmente, el día anterior o la mañana de la ausencia).

Damos seguimiento a la asistencia diaria para notar cuando su estudiante falta a la clase y nos comunicaremos con usted para entender por qué estaba ausente e identificar las barreras y apoyos.

LO QUE PUEDE HACER

- Establezca una rutina regular de irse a dormir y en las mañanas.
- Prepárese para la escuela la noche anterior, terminando las tareas y teniendo una buena noche de sueño.
- Sepa que día comienza la escuela y asegúrese de que su hijo/a tenga las vacunas requeridas.

- No le permita a su hijo/a quedarse en casa a menos que esté realmente enfermo. Recuerde que las quejas de dolor de estómago y de cabeza puede ser una señal de ansiedad y no una razón para quedarse en casa.
- Evite hacer citas y viajes extensos cuando sean días de escuela.
- Tenga un plan alternativo para llegar a la escuela si pasa algo. Llame a un familiar, un vecino, u otro padre.
- Manténgase al tanto de la asistencia de su estudiante. El faltar más de 9 días puede poner al estudiante en riesgo de atrasarse.
- Hable con su estudiante acerca de la importancia de la asistencia.
- Hable con el maestro de su estudiante si usted nota un cambio repentino en el comportamiento que puede ser relacionado con algo que esté pasando en la escuela.
- Anime actividades significativas después de la escuela, incluyendo deportes y clubs.

POLÍTICAS ESCOLARES, NUEVAS LEYES ESTATALES

Es muy importante que usted entienda nuestra políticas y procedimientos, al igual que las leyes de Washington, para asegurar que su hijo/a triunfe en la escuela. Las leyes del estado de asistencia mandatoria, llamada la Becca bill, requiere que los niños asistan a la escuela pública, escuela privada, o un programa de escuela en casa aprobado por el distrito.

- Si su estudiante tiene dos ausencias injustificadas en un mes, las leyes estatales requieren que tengamos una reunión con usted y su estudiante para identificar las barreras y el apoyo disponible para asegurar asistencia regular. El distrito está obligado a desarrollar un plan que puede requerir una evaluación para determinar cómo satisfacer las necesidades de su estudiante y reducir las ausencias.
- En la primaria después de cinco faltas excusadas en cualquier mes, o diez o más ausencias excusadas en un año escolar, se requiere que el distrito escolar le contacte para tener una conferencia en un tiempo de acuerdo mutuo razonable que tengan por lo menos un empleado del distrito, para identificarlas barreras y apoyo disponibles para usted y su estudiante. No se requiere una conferencia si se presenta una nota del doctor, o las ausencias son pre-planificadas por escrito, y el padre, estudiante y la escuela han hecho un plan para que el estudiante no se atrase académicamente. Si su estudiante tiene un plan de educación individual o un plan 504, el equipo que creo el plan necesita volver a reunirse.
- Si su estudiante tiene siete ausencias sin excusas en un mes o diez sin excusas en un año, estamos obligados a someter una petición Becca con la corte juvenil, alegando una violación de RCW 28A.225.010, la ley de asistencia mandatoria. La petición puede ser automáticamente suspendida y el estudiante y su familia pueden ser referidos a un comité de ausencia comunitario, o pueden necesitar comparecer en la corte juvenil.

Si tiene preguntas de la asistencia o necesita apoyo, por favor hable con el director/a de la escuela

Criterios de Ausencia Excusada (Favor referirse a la política y procedimiento No. 3122 para más detalles):

- | | |
|---|---|
| A. Participación en actividades escolares aprobadas | B. Ausencias excusadas por condiciones de salud crónicas |
| C. Ausencias debido a enfermedad, condiciones de salud, emergencias familiares o propósitos religiosos | D. Enfermedades extendidas o condiciones de salud |
| E. Ausencia por una actividad aprobada por el padre - REG Becca.2 Rev 6/2016 | F. Ausencias debido a una acción disciplinaria- una suspensión a corto plazo |

Para más información acerca de la ley Becca y las Provisiones Escolares Comunes Título 28A por favor visite el sitio web de Washington State Legislature en app.leg.wa.gov/RCW

RCW 28A.225.005 – Pagina de Firmas de Información de Asistencia Requerida para Estudiantes y Padres:

Las Escuelas Públicas de Bellingham me han proporcionado una copia de RCW 28A.225.005 – Información Requerida para Estudiantes y Padres:

Firma del padre

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Empleado de BSD

Fecha



Formulario de Permiso para el Uso de Computadora					
Programa de Tecnología 1:1					
Escuela: _____					
Nombre del Estudiante		Grado			
Número del Estudiante		Fecha de Nacimiento			
<p>Antes de llevarse la laptop a casa, los estudiantes y los padres o guardianes necesitan leer el formulario de uso permitido y la descripción de la responsabilidad del estudiante/familia y firmar digitalmente en Skyward.</p>					
<u>Estudiante</u>					
<p>Yo, _____, he leído y acepto lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones de los maestros al usar la tecnología como se indica en mi manual de estudiante de la escuela y en el "manual de tecnología de estudiante y familia 1:1". • Acepto ser considerado y usar el lenguaje apropiado. • Estoy de acuerdo en informar y/o ayudar a prevenir cualquier acoso, abuso o daño a otros. • Estoy de acuerdo en decirle a un adulto si leo, veo, o acceso a algo inapropiado, o si soy testigo del uso inadecuado de la tecnología. Estoy de acuerdo en seguir todos los filtros y medidas de seguridad. • Acepto usar la tecnología con cuidado, cuidar el equipo y conservar los recursos del distrito. • Acepto no compartir mis contraseñas, excepto con mi maestro o padre/guardián (derechos educativos de la familia y ley de privacidad o FERPA) • Acepto utilizar sólo mis propios archivos, carpetas y cuenta. No Accederé a los archivos, carpetas o cuentas de otro individuo sin su permiso. • Acepto no revelar o publicar información personal perteneciente a mí mismo o a otra persona (es decir, contraseñas, direcciones o números de teléfono). • Estoy de acuerdo en seguir las leyes de derechos de autor. 					
<u>Firma del Estudiante</u>					<u>Fecha</u>
<u>Padre/Guardián</u>					
<p>Con nuestra firma/aceptación a continuación como guardián (es) del estudiante indicado anteriormente acordamos y reconocemos que hemos leído y aceptamos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • He leído y el Procedimiento 2022 de uso Aceptable de Recurso Electrónico de las escuelas públicas de Bellingham • Entiendo que el distrito cubrirá el costo asociado con la reparación/reemplazo por daños por accidentes, pérdida o robo. • Entiendo que el distrito se reserva el derecho de cobrar al usuario el costo total de la reparación o el reemplazo cuando el daño o la pérdida es intencional o debido a negligencia grave según lo determinado por los administradores del edificio. • Entiendo que mi estudiante debe regresar el equipo cuando sea solicitado al final del año escolar o previo a transferirse fuera de las escuelas públicas de Bellingham. • Entiendo que se me cobrará por la pérdida o desaparición de pluma electrónica, caja o cable de carga. • Acepto la responsabilidad de apoyar a mi estudiante siguiendo el acuerdo de uso de equipo tecnológico estudiantil y el uso apropiado de recursos tecnológicos fuera del día escolar. 					
Nombre del padre/guardián		Firma		Fecha	
Nombre del padre/guardián		Firma		Fecha	

2019-20 Carta a los Grupos Familiares (Escuelas Públicas)
Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar

Estimado Padre/Guardián:

Esta carta les informa como sus hijos pueden obtener comida gratuita o a precio reducido además de información sobre otros beneficios. El costo de comidas escolares está a continuación.

PRECIO REGULAR			
Nivel de grado	Desayuno	Almuerzo	Merienda
K-5	\$ 1.50	\$ 3.00	\$ N/A
6-8	\$ 1.75	\$ 3.25	\$ N/A
9-12	\$ 1.75	\$ 3.25	\$ N/A

PRECIO REDUCIDO			
Nivel de grado	Desayuno	Almuerzo	Merienda
K-3	\$ FREE	\$ FREE	\$ N/A
4-8	\$ FREE	\$.40	\$ N/A
9-12	\$ FREE	\$.40	\$ N/A

¿QUIÉN DEBE COMPLETAR LA SOLICITUD?

Complete la solicitud si:

- El ingreso total de su grupo familiar es IGUAL o MENOR que el monto indicado en la tabla
- Usted recibe ayuda del programa Basic Food, forma parte del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), o recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitada (TANF, por sus siglas en inglés) para sus hijos
- Solicita asistencia para un niño de crianza temporal que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte

Entregue su solicitud a **1306 Dupont Street, Bellingham, WA 98225-3118**

Asegúrese de presentar UNA SOLA solicitud por grupo familiar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o rechazada. Si algún niño por cual usted está presentando una solicitud está sin hogar (McKinney-Vento), o migrante, marque el casillero que corresponda.

¿QUÉ SE CONSIDERA COMO INGRESO? ¿QUIÉNES SE CONSIDERAN MIEMBROS DE MI GRUPO FAMILIAR?

Observe la tabla de ingresos a continuación. Busque el tamaño de su grupo familiar. Busque el ingreso total de su grupo familiar. Si los miembros de su grupo familiar cobran el salario a diferentes momentos durante el mes y usted no está seguro si su grupo familiar reúne los requisitos, complete una solicitud y nosotros determinaremos su elegibilidad de acuerdo con su ingreso. La información que brinde se usará para determinar la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis. Si desea realizar alguna consulta sobre la solicitud de beneficios de comidas para niños de crianza temporal, por favor contáctenos al **360-676-6504**.

TABLA DE INGRESO					
Vigente desde 1º de julio 2019 a 30ª de junio 2020					
Tamaño del Grupo familiar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$889	\$445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388
8	\$80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$1,546
Por cada miembro adicional agregar:	\$8,177	\$682	\$341	\$315	\$158

EL GRUPO FAMILIAR se compone de todos los individuos, incluyendo padres, hijos, abuelos, y todas las personas, familiares o no, que viven en su hogar y comparten los gastos de subsistencia. Si completa la solicitud para un grupo familiar con un niño de crianza temporal, usted puede incluir el niño de crianza temporal en el tamaño total del grupo familiar.

EL INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR es el ingreso que cada miembro del grupo familiar recibe antes de impuestos. Eso incluye salarios, seguro social, pensiones, desempleo, asistencia pública, manutención de menores, pensión alimentaria, y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye un niño de crianza temporal como parte del grupo familiar, también debe incluir el ingreso personal del niño de crianza. No reporte como ingresos los pagos relacionados con los niños de crianza temporal.

¿QUÉ DEBE DE INCLUIR EN LA SOLICITUD?

A. Para grupos familiares que no reciben asistencia:

- Nombre del estudiante
- Los nombres de todos los miembros del grupo familiar
- Ingreso por origen de todos los miembros del grupo familiar
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar
- Últimos 4 dígitos del número de seguro social del adulto miembro del grupo familiar que firmo la solicitud (o marque el casillero 'no tengo un número de seguro social')

Complete las Partes 1, 2, 3, 4, y 5; Parte 6 es opcional.

B. Para grupos familiares con niño(s) de crianza temporal solamente

- Nombre del estudiante
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar

Complete las Partes 1 y 5; Parte 6 es opcional. También puede enviar a la escuela una copia de la documentación del tribunal que le ubicó el (los) niño(s) de crianza temporal en lugar de completar un formulario de solicitud.

Últimos 4 dígitos del Número de seguro social no se requiere para B.

2019-20 Carta a los Grupos Familiares (Escuelas Públicas)
Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar

C. Para una familiar recibiendo asistencia Basic Food/TANF/FDPIR:

- Indique el nombre de todos estudiantes
- Indique un numero de caso
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar

Complete las Partes 1, 2, 4, y 5; Parte 6 es opcional.

Últimos 4 dígitos del Número de seguro social no se requiere para C.

D. Para grupos familiares con niño(s) de crianza temporal y otros niños:

Complete la solicitud como un grupo familiar e incluya los niños de crianza. Siga las instrucciones indicadas para 'A'. Grupos familiares que no reciben asistencia" e incluya el ingreso del niño de crianza temporal para uso personal.

¿QUÉ SUCEDE SI NO RECIBO DÓLARES DEL PROGRAMA BASIC FOOD?

Si usted ha sido aprobado para recibir Comidas Básicas (Basic Food) pero no recibe el dinero de Comidas Básicas, usted podría ser elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido. Usted debe presentar una solicitud para beneficios de comidas llenando una solicitud de comidas y devolviéndola a la escuela de su hijo/a.

MIS HIJOS CALIFICAN AUTOMATICAMENTE ¿SI TIENEN UN NÚMERO DE CASO?

Sí. Los niños en el programa TANF o alimentos básicos pueden recibir comidas gratis y algunos niños que reciben beneficios de Medicaid pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido sin que el hogar tenga que completar una solicitud. La escuela identifica a esos niños mediante un proceso de correspondencia de datos. Esa lista con las correspondencias luego se pone a disposición del personal del servicio de comedor de la escuela de su hijo. Los estudiantes que figuran en esa lista obtienen comidas sin cargo si su escuela cuenta con el programa de desayunos y/o almuerzos sin cargo y a precio reducido (no todas las escuelas lo tienen). Contáctenos de inmediato si cree que su hijo debe recibir comidas sin cargo y no lo hace. Si usted no quiere que su hijo participe en el programa de comidas gratuitas por este método, por favor infórmelo a la escuela.

SI ALGÚN MIEMBRO DE MI GRUPO FAMILIAR TIENEN UN NÚMERO DE CASO, ¿TODOS LOS NIÑOS CALIFICARÁN PARA OBTENER COMIDAS SIN CARGO?

Sí. Si algún otro integrante del grupo familiar, que no sea un niño de crianza temporal, tiene un número de caso, usted debe completar una solicitud y enviarla a la escuela de su hijo. Contáctenos en forma inmediata si cree que los otros niños de su grupo familiar deben recibir comidas gratuitas y no lo hacen.

BASIC FOOD – ¿PUEDO REUNIR LOS REQUISITOS PARA OBTENER AYUDA EN LA COMPRA DE ALIMENTOS?

El programa Basic Food es el programa estatal de cupones para alimentos. El programa ayuda a los grupos familiares poder subsistir proporcionándoles beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Es fácil obtener ayuda del programa Basic Food! Puede solicitarla personalmente en la oficina local de Servicio Comunitario del DSHS, por correo, o en línea. También existen otros beneficios. Puede obtener más información sobre el programa Basic Food llamando al 1-877-501-2233 o ingresando en <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

PERTENECEMOS A LAS FUERZAS ARMADAS. ¿DEBEMOS REPORTAR NUESTROS INGRESOS DE OTRO MODO?

Su salario básico y bonos en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe prestaciones de valor en efectivo por vivir fuera de la base, alimentación o ropa, también se debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa de privatización de la vivienda militar), no incluya el subsidio para vivienda como ingresos. Cualquier pago de combate adicional resultante por despliegue también se excluye de los ingresos.

LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE ACEPTADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LELNAR UNA NUEVA?

Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año escolar y por los primeros días de este año escolar. Usted debe enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le haya dicho que su hijo ya es elegible para el nuevo año escolar.

¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR NO TIENEN NINGÚN INGRESO QUE REPORTAR?

Es posible que miembros del grupo familiar no reciban ningún tipo de ingreso del cuál le pedimos que reporten en la solicitud o podrían no recibir ningún ingreso del todo. Cuando esto pasa, por favor escriba 0 en ese campo. Sin embargo, si algún campo queda vacío o en blanco, esos también serán considerados como ceros. Por favor, tenga cuidado al dejar los campos en blanco porque nosotros asumiremos que usted los hizo a propósito.

SEGURO DE SALUD

Para saber más sobre o presentar una solicitud para obtener cobertura de seguro de salud para los niños en su familia, por favor visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar a Washington Health Plan Finder al 1-855-923-4633.

¿QUÉ PASA SI MI HIJO NECESITA ALIMENTOS ESPECIALES?

Si su niño necesita una alimentación especial, comuníquese con la oficina del Servicio de alimentos de la escuela/del distrito.

PRUEBA DE ELEGIBILIDAD

La información que usted proporciona puede verificarse en cualquier momento. Es posible que se le solicite información adicional que demuestre que su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud de su hijo o el proceso usado para probar la elegibilidad en función de los ingresos, puede hablar con Mark Dalton, el funcionario de audiencia imparcial. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial, que puede coordinarse llamando a la escuela/el distrito escolar al número **360-676-6504**.

NUEVA SOLICITUD

Usted puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si el ingreso del grupo familiar disminuyera, aumentara el tamaño del grupo familiar, si algún miembro quedara desempleado o recibiera asistencia de los programas Basic Food, TANF o FDPIR, es posible que usted reúna los requisitos y pueda presentar una solicitud en ese momento.

2019-20 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO

Escuelas públicas de Bellingham

Complete, firme y envíe esta solicitud a: 1306 Dupont Street, Bellingham, WA 98225-3118

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:

Sin hogar Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianza y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food TANF Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indígenas (FDPIR) Número de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza		Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)		Semana	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN) Marcar si no tiene SSN:

(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: 1306 Dupont Street, Bellingham, WA 98225-3118

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar _____

Firma del miembro adulto del grupo familiar _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección postal _____

Ciudad, Estado, & Código postal _____

Teléfono durante el día _____

Fecha _____

INSTRUCCIONES: Marque una o más identidades raciales: Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái o isleño del pacífico Negro o Afroamericano Blanco Hispano o Latino No Hispano o Latino

Marque una o más identidades raciales: Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái o isleño del pacífico Negro o Afroamericano Blanco Hispano o Latino No Hispano o Latino

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro Identificador FDPPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarnos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA. Las personas con discapacidad que requieren medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno a carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades. Las Escuelas Públicas de Bellingham no discriminan en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, estatus de veterano o militar, orientación sexual, expresión de género, identidad de género, discapacidad o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio y proporciona acceso igualitario a los Boy Scouts y otros grupos de jóvenes designados. Los siguientes empleados han sido designados para manejar las preguntas y quejas de presunta discriminación: Keith Schacht, coordinador 504 y del Título IX, keith.schacht@bellingshamschools.org, 360-676-2787; y Bob Kuehl, coordinador de cumplimiento de derechos civiles, bob.kuehl@bellingshamschools.org, 360-647-6811. La dirección de correo de cada coordinador es: Escuelas Públicas de Bellingham, 1306 Dupont Street, Bellingham, WA 98225

Puede reportar la discriminación y el acoso discriminatorio a cualquier miembro del personal escolar o a los coordinadores del distrito mencionados anteriormente. También tiene derecho a presentar una queja. (Consulte a continuación la sección Opciones de Quejas). Para obtener una copia de la política y el procedimiento de no discriminación del distrito, comuníquese con su escuela o la Oficina del Distrito, o consulte la política y el procedimiento 3210 en línea en bellingshamschools.org/policies-and-procedures.

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Total Household Size Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual Income Household Total Household Income \$ _____ Other: _____

APPLICATION APPROVED FOR: Free Meals Income Over Allowed Amount APPLICATION DENIED BECAUSE: Reduced-Price Meals Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent _____ Signature of Approving Official _____ Date _____