

ANNUAL STUDENT UPDATE

Updated Information Is Required for Every Student

Dear Parent/Guardian,

To prepare for the new school year, we need updated information for every student. This helps your school maintain accurate contact, health, emergency, and student records.

Please complete the Annual Student Update using **one** of the following options:

Option 1: Complete It Online

Scan the QR code with your phone's camera,
or go to:

apps.hisd-survey.org/surveys/enrollment



Option 2: Complete the Paper Packet

Fill out the attached paper packet and
return it to your child's school.

DUE: SEPTEMBER 30

All students must have their updated information submitted no later than September 30.

Thank you for helping us keep your child's information complete and up to date.

ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL ESTUDIANTE

Se requiere información actualizada de cada estudiante

Estimado padre de familia/tutor:

Para prepararnos para el nuevo año escolar, necesitamos contar con información actualizada de cada estudiante. Esto ayudará a la escuela a mantener al día la información de contacto, salud y emergencia, así como otros datos importantes del estudiante.

Por favor, complete la Actualización Anual del Estudiante usando **una** de las siguientes opciones:

Opción 1: Complétela en línea

Escanee el código QR con la cámara de su
teléfono, o visite:

apps.hisd-survey.org/surveys/enrollment



Opción 2: Complete el paquete en papel

Llene el paquete en papel adjunto y
entreguelo en la escuela de su hijo(a).

FECHA LÍMITE: 30 DE SEPTIEMBRE

La información actualizada de todos los estudiantes debe entregarse a más tardar el 30 de septiembre.

Gracias por ayudarnos a mantener la información de su hijo(a) completa y al día.

This page intentionally left blank.
Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

HOUSTON ISD STUDENT ENROLLMENT PACKET

2026–2027 School Year

Instructions for Parents/Guardians

- Please print clearly using **blue or black ink**.
- Mark boxes with an **X** or **✓**. Answer every question unless it says *optional*.
- Sign and date every signature section, then return the completed packet to your school's front office by **September 30**.

Student Information

Child's full legal name

LAST NAME

FIRST NAME

MIDDLE NAME (OPTIONAL)

Date of birth

/ /

MM DD YYYY

Gender (check one)

☐ Male ☐ Female

What grade will your child be in for the 2026–2027 school year (beginning August 2026)? (check one)

- | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| ☐ Pre-K | ☐ Kindergarten | ☐ 1st | ☐ 2nd | ☐ 3rd |
| ☐ 4th | ☐ 5th | ☐ 6th | ☐ 7th | ☐ 8th |
| ☐ 9th | ☐ 10th | ☐ 11th | ☐ 12th | |

Residential Address

This is where your child lives. It ensures your child is assigned to the correct school based on your home location.

STREET ADDRESS

APT / UNIT #

CITY

STATE

ZIP

Is the address above also your student's mailing address? (check one)

- ☐ **Yes**, the mailing address is the same.
- ☐ **No**, the mailing address is different. Complete the mailing address below.

Mailing Address (only if different from residential address)

STREET ADDRESS OR P.O. BOX

APT / UNIT #

CITY

STATE

ZIP

HOUSTON ISD STUDENT ENROLLMENT PACKET

2026–2027 School Year

Emergency Contacts

Please provide current emergency contact information for your child. The school may use these contacts when a parent/guardian cannot be reached.

Student's full legal name

LAST NAME FIRST NAME MIDDLE NAME (OPTIONAL)

Emergency Contact 1

Full name Relationship to student

Primary phone Alternate phone Email (optional)

May this person pick up the student from school? ☐ Yes ☐ No

Preferred contact method: ☐ Call ☐ Text ☐ Email

Emergency Contact 2

Full name Relationship to student

Primary phone Alternate phone Email (optional)

May this person pick up the student from school? ☐ Yes ☐ No

Preferred contact method: ☐ Call ☐ Text ☐ Email

Emergency Contact 3

Full name Relationship to student

Primary phone Alternate phone Email (optional)

May this person pick up the student from school? ☐ Yes ☐ No

Preferred contact method: ☐ Call ☐ Text ☐ Email

Additional emergency contact notes (optional)

Parent/Guardian Confirmation

I confirm that the emergency contact information above is current and accurate.

PARENT/GUARDIAN NAME (PRINT) PARENT/GUARDIAN SIGNATURE DATE

Student Questionnaire

Programs & Services

Help us understand your child's educational background so we can continue the right supports. Check **Yes** or **No** for each question.

Special Services

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Has your child ever received Special Education Services (SPED)? | ☐ Yes | ☐ No |
| 2. Has your child been tested for Speech Therapy Services? | ☐ Yes | ☐ No |
| 3. Has your child been served in a 504 program? | ☐ Yes | ☐ No |
| 4. Has your child been identified as having dyslexia or received dyslexia services? | ☐ Yes | ☐ No |

Academic Support

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 5. Has your child ever received special tutoring at school? | ☐ Yes | ☐ No |
| 6. Has your child ever received LEP/ESL services or been enrolled in a bilingual/ESL class? | ☐ Yes | ☐ No |

Behavioral & Placement History

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 7. Has your child ever been retained? <i>(Only applies to Kindergarten and above)</i> | ☐ Yes | ☐ No |
| 8. Has your child been placed in an alternative education program (discipline)? | ☐ Yes | ☐ No |
| 9. Has your child ever been expelled from any school during the preceding or current school year? | ☐ Yes | ☐ No |
| 10. Has your child been referred to the Department of Protective Services (CPS) this year by a school official or law enforcement? | ☐ Yes | ☐ No |
| 11. Did your child reside in a residential placement facility, detention facility, or group home during the current or previous school year? | ☐ Yes | ☐ No |

Additional Background

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 12. Does your child have refugee status? | ☐ Yes | ☐ No |
| 13. Is your child currently assigned to a Discipline Alternative Education Program (DAEP or JJAEP) from their previous school? | ☐ Yes | ☐ No |
| 14. Is your child in foster care, in CPS custody, or waiting to be placed in foster care? | ☐ Yes | ☐ No |
| 15. Has your child ever been placed in a juvenile detention center or correctional facility? | ☐ Yes | ☐ No |
| 16. Is your child currently on probation or parole? | ☐ Yes | ☐ No |
| 17. Is your child pregnant or caring for a baby or child? | ☐ Yes | ☐ No |
| 18. Does your child have a parent or guardian who is currently or has previously been in jail or prison? | ☐ Yes | ☐ No |

Is there any additional information that would assist us in providing quality services to your child? *(optional)*

Signature Confirmation

PARENT/GUARDIAN FULL NAME (PRINT)

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

DATE

Family Moves

Texas wants to make sure families who move for work get extra support. This helps us connect you with resources if you qualify.

Why we ask: The Migrant Education Program provides additional services to families who move for agricultural or fishing work. Your answer is kept confidential.

1. Have you or anyone in your household moved within the last 3 years from one school district to another in Texas or within the United States? *(check one)*

- ☐ **Yes, we've moved** — we moved to a different school district in the last 3 years. *Go to question 2.*
- ☐ **No, we haven't moved** — we've been in the same school district. ***Stop here and skip to the Household Information section.***

Work-Related Moves

Some families move to find temporary or seasonal jobs. If that's you, there might be extra support available.

2. Were any of these moves made to find temporary/seasonal work in agriculture or fishing? *(check one)*

- ☐ **Yes, for work** — we moved to find agricultural or fishing work. *Go to question 3.*
- ☐ **No, other reasons** — we moved for other reasons. ***Stop here and skip to the Household Information section.***

Family Work Type

3. What type of work did your family move for? *(check all that apply)*

- | | |
|---|--|
| ☐ Farms & Fields — fruits, vegetables, cotton, wheat, grain, ranches, vineyards | ☐ Dairy Farm — milk production and dairy operations |
| ☐ Fishery — commercial fishing operations | ☐ Cannery — food processing and canning |
| ☐ Poultry Farm — chicken and egg production | ☐ Plant Nursery — orchards, tree growing or harvesting |
| ☐ Slaughterhouse — meat processing facilities | ☐ Other Farm Work — other agricultural work |

Based on your answers, your child may qualify for additional educational support through the Migrant Education Program. A staff member may contact you.

Student Residency Questionnaire

About the McKinney-Vento Act: This information helps us determine if your student may qualify for support under the McKinney-Vento Act, a federal law that ensures students who are experiencing housing instability have access to school, transportation, and other resources.

1. What best describes your child's current living situation? (check the option that most applies — you may check more than one if needed)

- ☐ Living in a home or apartment I own or rent
- ☐ Living in a home or apartment I own or rent but without working electricity and/or running water
- ☐ Sharing a home or apartment with others that I do not own or rent due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason
- ☐ Living in a shelter, a parent child safety placement/emergency shelter, transitional housing/shelter, motel, or hotel
- ☐ Living in a car, park, other public spaces, abandoned building, bus or train station, or other place not meant for housing
- ☐ Living with someone who is not the student's parent or legal guardian (unaccompanied youth)
- ☐ Living in a situation involving CPS, court-ordered placement, or conservatorship for less than 90 days
- ☐ Other (please describe): _____

If you checked **ONLY** "Living in a home or apartment I own or rent," skip to the **Required Signature** section. Otherwise, please complete questions 2 and 3.

2. What led to your current transitional housing situation? (check all that apply)

- | | |
|---|---|
| ☐ Catastrophic illness/medical expenses/disability | ☐ House fire or other destruction |
| ☐ New to town | ☐ Natural disaster/evacuation |
| ☐ Loss of employment | ☐ Domestic issue |
| ☐ Economic hardship/low earnings | ☐ Migrant work in fishing or agriculture |
| ☐ Evicted/kicked out | ☐ Student is a parent |
| ☐ Parent incarcerated/recently released | ☐ Student has been previously incarcerated |
| ☐ Awaiting placement in foster care/CPS custody | ☐ COVID-19 impacted |

3. Which services would be most helpful for your child and family? (check all that apply)

- | | |
|---|--|
| ☐ Enrollment assistance | ☐ Transportation |
| ☐ Emergency clothing/uniforms | ☐ School supplies |
| ☐ Personal hygiene items | ☐ Immunizations |
| ☐ Free lunch/breakfast | ☐ SNAP/Medicaid/TANF/CHIP |
| ☐ Shelter referral | ☐ Food |
| ☐ Homeless verification letter for FAFSA | ☐ Other: _____ |

What happens next? Based on your responses, an HISD Student Support Specialist may contact you to discuss available services and connect you with appropriate resources. The Continuum of Care is dedicated to supporting the full range of student needs. Questions? Call (713) 556-7237.

Required Signature

PARENT/GUARDIAN NAME (PRINT)

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

PHONE NUMBER

DATE

FOR SCHOOL USE ONLY — Important Notice to School Personnel

This form is intended to address the McKinney-Vento Act U.S.C. 11434. If any "Transitional Housing Situation" is checked under "Current Housing Situation" AND the family has indicated one of the "Background Situations" (1) immediately add PEIMS Coding in HISD Connect under the Homeless tab (2) Code all of the McKinney-Vento Points on that screen (the start date should be the date this form was completed and also change the Title status on the main tab, if needed.) REMEMBER: Not all students that qualify for Title services qualify for McKinney-Vento and not all students that qualify for McKinney-Vento qualify for Title services. If homeless designation questions arise, reach out to the Homeless Education Coordinator and if Title questions arise, reach out to the Title I coordinator. If the form shows that services are missing, please follow-up with the parent/guardian/school personnel who completed the form to make sure each section is completed, as needed.

Health Services Consent

Texas law requires us to explain what health services are available at school and get your permission before your child receives certain ones. Please review what is offered and make your choices below.

Who provides these services? These services may be provided by the school nurse or other trained school staff during the school day.

A. Regular School Health Services

These are the everyday health services that help keep students safe and healthy at school:

- **First aid and emergency care** — immediate help when your child needs it
- **Minor injuries or illness** — bumps, scrapes, headaches, and feeling unwell
- **Chronic health condition support** — help managing asthma, diabetes, seizures, or allergies
- **Medication administration** — only when both parent and doctor give permission
- **State-required health screenings** — vision, hearing, spine (scoliosis), and diabetes (acanthosis nigricans) checks at mandated grade levels
- **Communicable disease monitoring** — checking for illness that can spread, and recommending students stay home if needed

Important: If you do not consent to these screenings on campus, and your child is in a state-mandated grade level, you will be required to obtain proof of screening from a licensed medical provider and turn it in to your school nurse by December 1st.

Do you give permission for regular school health services? *(check one)*

- ☐ Yes, my child may receive regular school health services.
- ☐ No, my child may not receive regular school health services.

B. Health Services That Need Special Permission

Your child will **not** receive any of the following services unless you say yes. These services relate to human sexuality:

- Lessons about human sexuality
- Information about reproductive health
- Counseling about sexual health topics
- Any health service that talks about human sexuality

Your consent decision: *(check one)*

- ☐ Yes, my child may receive these services.
- ☐ No, my child may not receive these services.

C. Emergency Medical Care

In case of a medical emergency during the school day, do you give permission for the school to provide emergency care for your child? *(check one)*

- ☐ Yes, I allow emergency medical care for my child.
- ☐ No, I do not allow emergency medical care.

Please Note: If there is a life-threatening emergency, the school may still provide care as required by law, regardless of your selection above.

Your Rights as a Parent — you always have the right to:

- **Review** all health lesson materials used with your child
- **Request copies** of health plans or policies
- **See records** about any medicine given at school
- **Be notified** if health services change

You can review materials at your child's school or request them at any time. **Have questions?** Contact your child's school nurse or the main office for more details about the health services available at your campus.

Healthcare Providers, Insurance & Immunizations

Healthcare Providers & Insurance *(optional)*

Primary Care Physician

PHYSICIAN NAME

PRACTICE/CLINIC NAME

PHONE NUMBER

Dentist

DENTIST NAME

PHONE NUMBER

Specialist

SPECIALIST NAME

SPECIALTY (E.G., CARDIOLOGIST)

PHONE NUMBER

Medical insurance type *(check all that apply)*

☐ CHIP ☐ Medicaid ☐ HCHD (Harris Health) ☐ Private ☐ None

Immunization Records

Please attach a copy of your child's current immunization records from your doctor or previous school, **or** your Vaccination Exemption Affidavit (see www.dshs.texas.gov/immunizations/school/exemptions). *(check one)*

- ☐ Immunization records are attached to this packet.
- ☐ Vaccination Exemption Affidavit is attached to this packet.
- ☐ I will bring records to the school office within 30 days of enrollment.

Required immunizations (must be provided to campus within 30 days of enrollment):

- DTaP/Tdap (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)
- Hepatitis A & B
- MMR (Measles, Mumps, Rubella)
- Varicella (Chickenpox)
- Polio
- Meningococcal (grades 7–12)

Note: Students must provide immunization records within 30 days of enrollment or they cannot continue attending school per state law. Don't have records handy? Contact your child's previous doctor or school to request copies, then bring them to the school office.

Health Observations & Medical Information

Please check any of the following you have observed in your child: (check all that apply)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Tires easily | ☐ Frequent headaches | ☐ Fainting |
| ☐ Earaches | ☐ Difficulty making friends | ☐ Coughs frequently at night |
| ☐ Wheezing, shortness of breath with exercise | ☐ Nail biting | ☐ Restlessness |

Has your child been seen by a doctor for any of the above? (check N/A if you did not check any items above)

☐ Yes ☐ No ☐ N/A

Is your child on any medication?

☐ Yes ☐ No

If yes, list the medication(s) and the condition each one is for:

MEDICATION NAME(S)

CONDITION OR REASON FOR MEDICATION

MEDICATION NAME(S)

CONDITION OR REASON FOR MEDICATION

Please see the School Nurse (or School Principal) if your child:

- Is a pregnant or parenting teen
- Has a severe life-threatening food allergy
- Has other medical needs that require special attention (e.g., diabetes, asthma, seizures)
- Requires special medical procedures or treatments

Media Consent

This helps us share the amazing things happening at HISD while respecting your family's privacy preferences.

What does media consent mean? Sometimes we like to showcase our students' achievements, school events, and learning activities. This permission lets us include your child in those materials if the opportunity arises.

Here's what we might use photos and videos for:

- **School websites and newsletters** — showcasing classroom activities and achievements
- **Social media** — Facebook, Instagram, Twitter posts about school events
- **News coverage** — when local TV or newspapers visit our schools
- **Marketing materials** — brochures, flyers, and promotional materials
- **Training materials** — helping other educators learn from our great teachers
- **School displays** — bulletin boards, digital displays, and presentations

What's your preference for your child? *(check one)*

- ☐ **Yes, you have my permission.** HISD can include my child in photos, videos, and other media for school promotion, training, and news coverage.
- ☐ **No, please don't include my child.** HISD will not include my child in any photos, videos, or other media materials, and will make sure my child is not featured in any published content.

Required Signature

PARENT/GUARDIAN NAME (PRINT)

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

PHONE NUMBER

DATE

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

SOCIOECONOMIC INFORMATION FORM

Complete and return one form to each school where you have a child enrolled. **Print using a pen.**

****CONFIDENTIAL* - For HISD purposes only***

Houston ISD is required to collect the socioeconomic status of each student as a performance indicator for student achievement (TEC § 39 for Texas state requirements and ESEA §§1111 and 1116 for U.S. Department of Education requirements) and for use in disbursement of federal funds (ESEA §1113). This information is not shared with outside agencies.

It is very important that families complete this socioeconomic form in order for schools to receive Title I and State Compensatory Education funding. This funding will directly benefit your child's school. Title I and State Compensatory Education funding can be used to hire personnel, provide tutoring services, order technology, and provide professional development for teachers. We want to continue to provide these necessary learning supports, but without your assistance we may not be able to.

Campus ECO Code: _____
For office use only

STEP 1 (List all Houston ISD students in the household)

Student ID (office use only)	First Name	Last Name	MI	Date of Birth	School Name	Grade Level

STEP 2

- a. Do you receive Supplemental Nutrition Assistance (SNAP)? ☐ YES ☐ NO
- b. Do you receive Temporary Assistance to Needy Families (TANF)? ☐ YES ☐ NO
- If you answered YES on either of the above, skip Step 3 and continue to Step 4.**
- If you answered NO on both of the above, you must complete Steps 3 and 4.**

STEP 3 (Complete only if all answers in Step 2 are NO)

a. How many total members are in the household (include all adults and children)?: _____

b. TOTAL YEARLY INCOME BEFORE DEDUCTIONS OF **ALL** HOUSEHOLD MEMBERS:

Include wages, salary, welfare payments, child support, alimony, pensions, Social Security, worker's compensation, unemployment, and all other sources of income (**before any type of deductions**)

☐ \$0 – 29,526	☐ \$50,543 – 61,050	☐ \$82,067 – 92,574	☐ \$113,591 – 124,098
☐ \$29,527 – 40,034	☐ \$61,051 – 71,558	☐ \$92,575 – 103,082	☐ \$124,099 – 134,606
☐ \$40,035 – 50,542	☐ \$71,559 – 82,066	☐ \$103,083 – 113,590	☐ \$134,607+

STEP 4 (Check one of the following two boxes as appropriate and sign below.)

In accordance with the provisions of the Protection of Pupil Rights Amendment (PPRA) no student shall be required, as part of any program funded in whole or in part by the U.S. Department of Education, to submit to a survey, analysis, or evaluation that reveals information concerning income (other than that required by law to determine eligibility for participation in a program or for receiving financial assistance under such program), without the prior written consent of the adult student, parent, or legal guardian.

- ☐ I certify that all the information on this form is true. I understand the school will receive federal funds and will be rated for accountability based on the information I provide.
- ☐ I choose not to provide this information. I understand that the school's disbursement of federal funds and accountability rating may be affected by my choice.

Parent/Guardian Name (Print)

Parent/Guardian Signature

Date

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

FAMILY SURVEY

STUDENT NAME:	DATE OF BIRTH:
CAMPUS NAME:	GRADE LEVEL:

Dear Parent/Guardian:

The Houston Independent School District is assisting the state of Texas to identify students who may qualify for the Migrant Education Program to receive additional services. **The information provided below will be kept confidential.**

Please answer the following questions and return this form to your child's school.

1. Have you or anyone in your household moved within the last 3 years from one school district to another in Texas or within the United States?

YES ☐ (Continue to question 2)

NO ☐ (Stop here and return survey to your child's school)

2. Were any of these moves made to find temporary/seasonal work in agriculture or fishing? (e.g., field work, canneries, dairy work, meat processing, etc.)

YES ☐ (Please check all that apply below)

NO ☐ (Stop here and return survey to your child's school)

 Fruit, vegetables, sunflower, cotton, wheat, grain, farms or ranches, fields & vineyards ☐	 Dairy farm ☐	 Fishery ☐	 Cannery ☐
 Poultry farm ☐	 Plant nursery, orchard, tree growing or harvesting ☐	 Slaughterhouse ☐	 Other similar work, please explain: ☐

If you answered "yes" to the questions above, an education representative will contact you to provide additional information. Please complete the following information:

Parent/Guardian Name	Home Address	Telephone Number

— FOR SCHOOL USE ONLY—
PLEASE SUBMIT THIS INFORMATION AND FORMS AT

MigrantProgram@HoustonISD.org

MIGRANT EDUCATION PROGRAM

4400 W. 18th Street, Route 1 | Houston, TX 77092 | 713-556-6980 Fax
HISD Multilingual Education Department | 713-556-7288 | May 2018

District Policy Acknowledgements

As your child's parent/guardian, we need you to acknowledge that you've received and understand these important HISD policies.



Scan to read every policy listed below

Use your phone's camera to scan this code and open HISD's Frequently Requested Forms page, which has the full documents.

Or visit: www.houstonisd.org/families-students/frequently-requested-forms

Need a paper copy? Ask your school's front office.

Important: These policies help ensure a safe and supportive learning environment for all students. Please review each one carefully.

Instructions: Check each box to acknowledge receipt, then sign at the bottom of this page.

- ☐ **Student Code of Conduct** — I acknowledge that I have received and reviewed the HISD Student Code of Conduct, which outlines behavioral expectations, disciplinary procedures, and student rights and responsibilities.
- ☐ **Student Handbook** — I reviewed the student handbook and acknowledge I received it.
- ☐ **Safety Acknowledgement** — I understand HISD's safety protocols including visitor policies, emergency procedures, school lockdown procedures, and student pick-up/drop-off requirements.
- ☐ **Student Concussion Acknowledgement** — I acknowledge the concussion form.
- ☐ **Illegal Steroid Use & Random Steroid Testing** — I acknowledge that I have read the rules regarding steroid use and UIL.
- ☐ **Sudden Cardiac Arrest** — I acknowledge that I have read and am aware of sudden cardiac arrest risks.
- ☐ **Student Privacy Policy Acknowledgement** — I acknowledge that I have read and agree to the Student Privacy Policy.
- ☐ **E-Cigarette (Vape) Policy Acknowledgement** — I acknowledge that I have read and understand the most recent HISD E-Cigarette (Vape) Policy.

Required Signature

By signing below, I certify that I have received all policies listed above.

PARENT/GUARDIAN NAME (PRINT)

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

DATE

RETURN BY SEPTEMBER 30 TO THE FRONT OFFICE

Thank you! You have reached the end of the packet. Please make sure every section is signed and dated, then turn in the completed packet to your school's front office by **September 30**.

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL DE HOUSTON ISD

Año escolar 2026–2027

Instrucciones para padres de familia/tutores

- Por favor, escriba con letra de molde clara, con **tinta azul o negra**.
- Marque las casillas con una **X** o **✓**. Conteste todas las preguntas, a menos que diga *opcional*.
- Firme y ponga la fecha en cada sección de firma, y después entregue el paquete completo en la oficina principal de su escuela a más tardar el **30 de septiembre**.

Información del estudiante

Nombre legal completo del niño(a)

APELLIDO(S)

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE (OPCIONAL)

Fecha de nacimiento

/ /

MES DÍA AÑO

Sexo (marque uno)

☐ Masculino ☐ Femenino

¿En qué grado estará su hijo(a) durante el año escolar 2026–2027 (que comienza en agosto de 2026)? (marque uno)

☐ Pre-K ☐ Kínder ☐ 1.º ☐ 2.º ☐ 3.º
☐ 4.º ☐ 5.º ☐ 6.º ☐ 7.º ☐ 8.º
☐ 9.º ☐ 10.º ☐ 11.º ☐ 12.º

Domicilio residencial

Es donde vive su hijo(a). Esto asegura que su hijo(a) sea asignado(a) a la escuela correcta según la ubicación de su hogar.

CALLE Y NÚMERO

APTO. / UNIDAD #

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

¿El domicilio anterior es también la dirección postal de su estudiante? (marque uno)

- ☐ **Sí**, la dirección postal es la misma.
☐ **No**, la dirección postal es diferente. Complete la dirección postal a continuación.

Dirección postal (solo si es diferente del domicilio residencial)

CALLE Y NÚMERO O APARTADO POSTAL (P.O. BOX)

APTO. / UNIDAD #

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

PAQUETE DE INSCRIPCION ESTUDIANTIL DE HOUSTON ISD

Año escolar 2026-2027

Contactos de emergencia

Por favor, proporcione informacion actualizada de los contactos de emergencia de su hijo(a). La escuela puede comunicarse con estas personas cuando no sea posible localizar al padre, madre o tutor.

Nombre legal completo del estudiante

APELLIDO(S)

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE (OPCIONAL)

Contacto de emergencia 1

Nombre completo

Relacion con el estudiante

Telefono principal

Telefono alternativo

Correo electronico (opcional)

¿Puede esta persona recoger al estudiante de la escuela? ☐ Si ☐ No

Metodo de contacto preferido: ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Correo electronico

Contacto de emergencia 2

Nombre completo

Relacion con el estudiante

Telefono principal

Telefono alternativo

Correo electronico (opcional)

¿Puede esta persona recoger al estudiante de la escuela? ☐ Si ☐ No

Metodo de contacto preferido: ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Correo electronico

Contacto de emergencia 3

Nombre completo

Relacion con el estudiante

Telefono principal

Telefono alternativo

Correo electronico (opcional)

¿Puede esta persona recoger al estudiante de la escuela? ☐ Si ☐ No

Metodo de contacto preferido: ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Correo electronico

Notas adicionales sobre los contactos de emergencia (opcional)

Confirmacion del padre de familia/tutor

Confirmo que la informacion de los contactos de emergencia indicada arriba esta actualizada y es correcta.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

Ayúdenos a conocer los antecedentes educativos de su hijo(a) para poder continuar con los apoyos adecuados. Marque **Sí** o **No** en cada pregunta.

Servicios especiales

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Su hijo(a) ha recibido alguna vez servicios de educación especial (SPED)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. ¿Su hijo(a) ha sido evaluado(a) para recibir servicios de terapia del habla? | ☐ Sí | ☐ No |
| 3. ¿Su hijo(a) ha recibido servicios de un programa 504? | ☐ Sí | ☐ No |
| 4. ¿Su hijo(a) ha sido identificado(a) con dislexia o ha recibido servicios para la dislexia? | ☐ Sí | ☐ No |

Apoyo académico

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 5. ¿Su hijo(a) ha recibido alguna vez tutoría especial en la escuela? | ☐ Sí | ☐ No |
| 6. ¿Su hijo(a) ha recibido alguna vez servicios LEP/ESL o ha estado inscrito(a) en una clase bilingüe/ESL? | ☐ Sí | ☐ No |

Historial de conducta y colocación

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 7. ¿Su hijo(a) ha repetido algún grado? <i>(Solo aplica de kínder en adelante)</i> | ☐ Sí | ☐ No |
| 8. ¿Su hijo(a) ha sido colocado(a) en un programa de educación alternativa (disciplinario)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 9. ¿Su hijo(a) ha sido expulsado(a) de alguna escuela durante el año escolar anterior o el actual? | ☐ Sí | ☐ No |
| 10. ¿Este año, un funcionario escolar o las autoridades policiales han referido a su hijo(a) al Departamento de Servicios de Protección (CPS)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 11. ¿Su hijo(a) vivió en un centro de colocación residencial, centro de detención u hogar grupal durante el año escolar actual o el anterior? | ☐ Sí | ☐ No |

Antecedentes adicionales

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 12. ¿Su hijo(a) tiene estatus de refugiado? | ☐ Sí | ☐ No |
| 13. ¿Su hijo(a) está asignado(a) actualmente a un Programa Disciplinario de Educación Alternativa (DAEP o JJAEP) por su escuela anterior? | ☐ Sí | ☐ No |
| 14. ¿Su hijo(a) está en cuidado de crianza (foster care), bajo custodia de CPS o en espera de ser colocado(a) en cuidado de crianza? | ☐ Sí | ☐ No |
| 15. ¿Su hijo(a) ha estado alguna vez en un centro de detención juvenil o correccional? | ☐ Sí | ☐ No |
| 16. ¿Su hijo(a) está actualmente en libertad condicional o libertad bajo palabra? | ☐ Sí | ☐ No |
| 17. ¿Su hijo(a) está embarazada o cuida de un bebé o niño? | ☐ Sí | ☐ No |
| 18. ¿Su hijo(a) tiene un padre, madre o tutor que está o ha estado en la cárcel o en prisión? | ☐ Sí | ☐ No |

¿Hay alguna otra información que nos ayude a brindarle servicios de calidad a su hijo(a)? *(opcional)*

Confirmación de firma

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/TUTOR (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

PAQUETE DE INSCRIPCION ESTUDIANTIL DE HOUSTON ISD

Año escolar 2026-2027

Contactos de emergencia

Por favor, proporcione informacion actualizada de los contactos de emergencia de su hijo(a). La escuela puede comunicarse con estas personas cuando no sea posible localizar al padre, madre o tutor.

Nombre legal completo del estudiante

APELLIDO(S)

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE (OPCIONAL)

Contacto de emergencia 1

Nombre completo

Relacion con el estudiante

Telefono principal

Telefono alternativo

Correo electronico (opcional)

¿Puede esta persona recoger al estudiante de la escuela? ☐ Si ☐ No

Metodo de contacto preferido: ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Correo electronico

Contacto de emergencia 2

Nombre completo

Relacion con el estudiante

Telefono principal

Telefono alternativo

Correo electronico (opcional)

¿Puede esta persona recoger al estudiante de la escuela? ☐ Si ☐ No

Metodo de contacto preferido: ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Correo electronico

Contacto de emergencia 3

Nombre completo

Relacion con el estudiante

Telefono principal

Telefono alternativo

Correo electronico (opcional)

¿Puede esta persona recoger al estudiante de la escuela? ☐ Si ☐ No

Metodo de contacto preferido: ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Correo electronico

Notas adicionales sobre los contactos de emergencia (opcional)

Confirmacion del padre de familia/tutor

Confirmo que la informacion de los contactos de emergencia indicada arriba esta actualizada y es correcta.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

Apoyo para familias militares

Texas ofrece apoyo y recursos especiales para los estudiantes de familias militares. Esto nos ayuda a asegurar que su hijo(a) reciba todos los servicios adicionales para los que pueda calificar.

Por qué lo preguntamos: El estado requiere que las escuelas identifiquen a los estudiantes de familias militares para brindarles los servicios de apoyo adecuados y dar seguimiento a los resultados educativos de las familias militares.

- | | | | |
|----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | ¿Su hijo(a) es dependiente de un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. | ¿Su hijo(a) es dependiente de un miembro actual de la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia Estatal)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 3. | ¿Su hijo(a) es dependiente de un miembro actual de una fuerza de reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? | ☐ Sí | ☐ No |
| 4. | ¿Su hijo(a) es dependiente de un exmiembro (veterano) de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia Estatal) o una fuerza de reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? | ☐ Sí | ☐ No |
| 5. | ¿Su hijo(a) es dependiente de un miembro de las Fuerzas Armadas o de una fuerza de reserva de los Estados Unidos que murió en cumplimiento del deber ? | ☐ Sí | ☐ No |

Las familias militares son importantes: HISD se enorgullece de apoyar a nuestras familias militares con consejería especializada, apoyo durante las transiciones y recursos educativos.

Cuestionario de residencia del estudiante

Sobre la Ley McKinney-Vento: Esta información nos ayuda a determinar si su estudiante puede calificar para recibir apoyo bajo la Ley McKinney-Vento, una ley federal que garantiza que los estudiantes que enfrentan inestabilidad de vivienda tengan acceso a la escuela, al transporte y a otros recursos.

1. ¿Qué describe mejor la situación de vivienda actual de su hijo(a)? (marque la opción que más aplique; puede marcar más de una si es necesario)

- ☐ Vive en una casa o apartamento que es de mi propiedad o que alquilo
- ☐ Vive en una casa o apartamento que es de mi propiedad o que alquilo, pero sin electricidad y/o agua corriente
- ☐ Comparte una casa o apartamento con otras personas, que no es de mi propiedad ni alquilo, debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar
- ☐ Vive en un refugio, una colocación de seguridad para padres e hijos/refugio de emergencia, vivienda/refugio transitorio, motel u hotel
- ☐ Vive en un auto, parque, otro espacio público, edificio abandonado, estación de autobús o tren, u otro lugar no destinado para vivienda
- ☐ Vive con alguien que no es el padre, la madre ni el tutor legal del estudiante (joven no acompañado)
- ☐ Vive en una situación que involucra a CPS, una colocación ordenada por un tribunal o una tutela (conservatorship) por menos de 90 días
- ☐ Otro (por favor, describa): _____

Si marcó SOLAMENTE "Vive en una casa o apartamento que es de mi propiedad o que alquilo", pase a la sección Firma requerida. De lo contrario, conteste las preguntas 2 y 3.

2. ¿Qué causó su situación actual de vivienda transitoria? (marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|--|
| ☐ Enfermedad catastrófica/gastos médicos/discapacidad | ☐ Incendio en la casa u otra destrucción |
| ☐ Recién llegado a la ciudad | ☐ Desastre natural/evacuación |
| ☐ Pérdida de empleo | ☐ Problema doméstico |
| ☐ Dificultades económicas/ingresos bajos | ☐ Trabajo migrante en pesca o agricultura |
| ☐ Desalojo/lo(s) echaron | ☐ El estudiante es padre o madre |
| ☐ Padre/madre encarcelado(a) o liberado(a) recientemente | ☐ El estudiante ha estado encarcelado anteriormente |
| ☐ En espera de colocación en cuidado de crianza/custodia de CPS | ☐ Afectado por el COVID-19 |

3. ¿Qué servicios serían más útiles para su hijo(a) y su familia? (marque todos los que apliquen)

- | | |
|--|--|
| ☐ Ayuda con la inscripción | ☐ Transporte |
| ☐ Ropa/uniformes de emergencia | ☐ Útiles escolares |
| ☐ Artículos de higiene personal | ☐ Vacunas |
| ☐ Almuerzo/desayuno gratis | ☐ SNAP/Medicaid/TANF/CHIP |
| ☐ Referido a un refugio | ☐ Alimentos |
| ☐ Carta de verificación de falta de vivienda para FAFSA | ☐ Otro: _____ |

¿Qué sigue? Según sus respuestas, un especialista de apoyo estudiantil de HISD podría comunicarse con usted para hablar sobre los servicios disponibles y conectarlo(a) con los recursos adecuados. El programa Continuum of Care se dedica a apoyar todas las necesidades de los estudiantes. ¿Preguntas? Llame al **(713) 556-7237**.

Firma requerida

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA

FOR SCHOOL USE ONLY / SOLO PARA USO ESCOLAR — Important Notice to School Personnel

This form is intended to address the McKinney-Vento Act U.S.C. 11434. If any "Transitional Housing Situation" is checked under "Current Housing Situation" AND the family has indicated one of the "Background Situations" (1) immediately add PEIMS Coding in HISD Connect under the Homeless tab (2) Code all of the McKinney-Vento Points on that screen (the start date should be the date this form was completed and also change the Title status on the main tab, if needed.) REMEMBER: Not all students that qualify for Title services qualify for McKinney-Vento and not all students that qualify for McKinney-Vento qualify for Title services. If homeless designation questions arise, reach out to the Homeless Education Coordinator and if Title questions arise, reach out to the Title I coordinator. If the form shows that services are missing, please follow-up with the parent/guardian/school personnel who completed the form to make sure each section is completed, as needed.

Consentimiento para servicios de salud

La ley de Texas nos exige explicarle qué servicios de salud están disponibles en la escuela y obtener su permiso antes de que su hijo(a) reciba ciertos servicios. Por favor, revise lo que se ofrece y marque sus decisiones a continuación.

¿Quién ofrece estos servicios? Estos servicios pueden ser proporcionados por la enfermera escolar u otro personal escolar capacitado durante la jornada escolar.

A. Servicios de salud escolares habituales

Estos son los servicios de salud cotidianos que ayudan a mantener a los estudiantes seguros y sanos en la escuela:

- **Primeros auxilios y atención de emergencia** — ayuda inmediata cuando su hijo(a) la necesite
- **Lesiones o enfermedades leves** — golpes, raspones, dolores de cabeza y malestar
- **Apoyo para condiciones de salud crónicas** — ayuda para controlar el asma, la diabetes, las convulsiones o las alergias
- **Administración de medicamentos** — solo cuando tanto el padre/madre como el médico dan permiso
- **Exámenes de salud requeridos por el estado** — revisiones de la vista, el oído, la columna (escoliosis) y la diabetes (acantosis nigricans) en los grados establecidos
- **Vigilancia de enfermedades contagiosas** — detección de enfermedades que se pueden propagar y recomendación de que el estudiante se quede en casa si es necesario

Importante: Si usted no da su consentimiento para que estos exámenes se hagan en la escuela, y su hijo(a) está en un grado en que el estado los exige, deberá obtener un comprobante del examen de un proveedor médico con licencia y entregarlo a la enfermera escolar a más tardar el 1 de diciembre.

¿Da usted permiso para los servicios de salud escolares habituales? (marque uno)

- ☐ Sí, mi hijo(a) puede recibir los servicios de salud escolares habituales.
- ☐ No, mi hijo(a) no puede recibir los servicios de salud escolares habituales.

B. Servicios de salud que requieren permiso especial

Su hijo(a) **no** recibirá ninguno de los siguientes servicios a menos que usted diga que sí. Estos servicios se relacionan con la sexualidad humana:

- Lecciones sobre la sexualidad humana
- Información sobre la salud reproductiva
- Consejería sobre temas de salud sexual
- Cualquier servicio de salud que trate sobre la sexualidad humana

Su decisión de consentimiento: (marque uno)

- ☐ Sí, mi hijo(a) puede recibir estos servicios.
- ☐ No, mi hijo(a) no puede recibir estos servicios.

C. Atención médica de emergencia

En caso de una emergencia médica durante la jornada escolar, ¿da usted permiso para que la escuela le brinde atención de emergencia a su hijo(a)? (marque uno)

- ☐ Sí, permito que mi hijo(a) reciba atención médica de emergencia.
- ☐ No, no permito la atención médica de emergencia.

Tenga en cuenta: Si hay una emergencia que ponga en peligro la vida, la escuela aún podría brindar atención según lo exige la ley, sin importar lo que haya marcado arriba.

Sus derechos como padre de familia — usted siempre tiene derecho a:

- **Revisar** todos los materiales de las lecciones de salud que se usen con su hijo(a)
- **Pedir copias** de los planes o políticas de salud
- **Ver los registros** de cualquier medicamento administrado en la escuela
- **Ser notificado(a)** si los servicios de salud cambian

Puede revisar los materiales en la escuela de su hijo(a) o solicitarlos en cualquier momento. **¿Tiene preguntas?** Comuníquese con la enfermera escolar o con la oficina principal para obtener más detalles sobre los servicios de salud disponibles en su escuela.

Observaciones de salud e información médica

Marque cualquiera de los siguientes síntomas que haya observado en su hijo(a): (marque todos los que apliquen)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Se cansa fácilmente | ☐ Dolores de cabeza frecuentes | ☐ Desmayos |
| ☐ Dolores de oído | ☐ Dificultad para hacer amigos | ☐ Tose con frecuencia por la noche |
| ☐ Silbido al respirar o falta de aire al hacer ejercicio | ☐ Se come las uñas | ☐ Inquietud |

¿Un médico ha atendido a su hijo(a) por alguno de los síntomas anteriores? (marque N/A si no marcó ningún síntoma arriba) ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Su hijo(a) toma algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si contestó que sí, escriba el nombre de cada medicamento y la condición para la que lo toma:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

CONDICIÓN O MOTIVO DEL MEDICAMENTO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

CONDICIÓN O MOTIVO DEL MEDICAMENTO

Por favor, hable con la enfermera escolar (o con el director de la escuela) si su hijo(a):

- Es un(a) adolescente embarazada o con hijos
- Tiene una alergia alimentaria grave que pone en peligro su vida
- Tiene otras necesidades médicas que requieren atención especial (p. ej., diabetes, asma, convulsiones)
- Requiere procedimientos o tratamientos médicos especiales

Proveedores médicos, seguro médico y vacunas

Proveedores médicos y seguro *(opcional)*

Médico de atención primaria

NOMBRE DEL MÉDICO

NOMBRE DEL CONSULTORIO/CLÍNICA

NÚMERO DE TELÉFONO

Dentista

NOMBRE DEL DENTISTA

NÚMERO DE TELÉFONO

Especialista

NOMBRE DEL ESPECIALISTA

ESPECIALIDAD (P. EJ., CARDIÓLOGO)

NÚMERO DE TELÉFONO

Tipo de seguro médico *(marque todos los que apliquen)*

☐ CHIP ☐ Medicaid ☐ HCHD (Harris Health) ☐ Privado ☐ Ninguno

Registro de vacunas

Por favor, adjunte una copia del registro de vacunas actual de su hijo(a), de su médico o de la escuela anterior, o su declaración jurada de exención de vacunas (consulte www.dshs.texas.gov/immunizations/school/exemptions). *(marque uno)*

- ☐ El registro de vacunas está adjunto a este paquete.
☐ La declaración jurada de exención de vacunas está adjunta a este paquete.
☐ Llevaré el registro a la oficina de la escuela dentro de los 30 días siguientes a la inscripción.

Vacunas requeridas (deben entregarse a la escuela dentro de los 30 días siguientes a la inscripción):

- DTaP/Tdap (difteria, tétanos, tos ferina)
- Hepatitis A y B
- MMR (sarampión, paperas, rubéola)
- Varicela
- Polio
- Meningocócica (7.º a 12.º grado)

Nota: Según la ley estatal, los estudiantes deben entregar su registro de vacunas dentro de los 30 días siguientes a la inscripción; de lo contrario, no podrán seguir asistiendo a la escuela. ¿No tiene el registro a la mano? Pida copias al médico o a la escuela anterior de su hijo(a) y llévelas a la oficina de la escuela.

Consentimiento para medios de comunicación

Esto nos ayuda a compartir las cosas increíbles que suceden en HISD, respetando las preferencias de privacidad de su familia.

¿Qué significa el consentimiento para medios? A veces nos gusta mostrar los logros de nuestros estudiantes, los eventos escolares y las actividades de aprendizaje. Este permiso nos deja incluir a su hijo(a) en esos materiales si surge la oportunidad.

Estos son los usos que podríamos darles a las fotos y videos:

- **Sitios web y boletines escolares** — para mostrar actividades y logros en el salón de clases
- **Redes sociales** — publicaciones en Facebook, Instagram y Twitter sobre eventos escolares
- **Cobertura de noticias** — cuando la televisión o los periódicos locales visitan nuestras escuelas
- **Materiales promocionales** — folletos, volantes y materiales publicitarios
- **Materiales de capacitación** — para ayudar a otros educadores a aprender de nuestros excelentes maestros
- **Exhibiciones escolares** — tableros de anuncios, pantallas digitales y presentaciones

¿Cuál es su preferencia para su hijo(a)? (marque uno)

- ☐ **Sí, tienen mi permiso.** HISD puede incluir a mi hijo(a) en fotos, videos y otros medios para la promoción escolar, la capacitación y la cobertura de noticias.
- ☐ **No, por favor no incluyan a mi hijo(a).** HISD no incluirá a mi hijo(a) en fotos, videos ni otros materiales de medios, y se asegurará de que no aparezca en ningún contenido publicado.

Firma requerida

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

Llene el formulario y entregue una copia en cada escuela donde tenga inscrito un hijo. **Escriba con tinta en letra de molde.**

CONFIDENCIAL – Solo para trámite de HISD

Houston ISD debe cumplir con el requisito de reunir datos de la situación socioeconómica de cada estudiante como indicador del desempeño en relación con el rendimiento estudiantil (TEC 39, requisitos estatales de Texas, y las Secciones 1111 y 1116 de ESEA, requisitos del Departamento de Educación de EE. UU.) y para usarlos en la asignación de fondos federales (ESEA, Sección 1113). Esta información no se comparte con agencias externas.

Es muy importante que las familias llenen este formulario para que las escuelas reciban fondos de Título I y del fondo State Compensatory Education. Los fondos benefician directamente a la escuela de su hijo, y se pueden usar para contratar personal, ofrecer servicios de tutoría, adquirir tecnología y brindar capacitación profesional a los maestros. Queremos seguir brindando estos apoyos necesarios para el aprendizaje, pero sin su ayuda, podría no ser posible.

Campus ECO Code: _____
For office use only

PASO 1 (Estudiantes de Houston ISD que viven en el hogar).

ID de HISD (uso de la oficina)	Nombre	Apellido	Inicial	Fecha de nacimiento	Nombre de la escuela	Grado

PASO 2

a. ¿Recibe usted beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)? Sí ☐ NO ☐

b. ¿Recibe usted beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Sí ☐ NO ☐

Si contestó SÍ a una de las preguntas anteriores, puede saltar el PASO 3 y pasar al PASO 4.

Si contestó NO a ambas, deberá completar los PASOS 3 y 4.

PASO 3 (Llene esta sección solamente si contestó NO a las dos preguntas del PASO 2).

a. ¿Cuántas personas hay en su hogar en total? (Incluya a todos los adultos y a los niños). _____

b. INGRESO ANUAL TOTAL DE **TODOS** LOS ADULTOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES)

Incluya sueldos, salarios, prestaciones sociales, pensión alimenticia, manutención, pensiones, Seguro Social, indemnización laboral, desempleo y todas las otras fuentes de ingresos (**antes de todo tipo de deducciones**).

☐ \$0 – 29,526	☐ \$50,543 – 61,050	☐ \$82,067 – 92,574	☐ \$113,591 – 124,098
☐ \$29,527 – 40,034	☐ \$61,051 – 71,558	☐ \$92,575 – 103,082	☐ \$124,099 – 134,606
☐ \$40,035 – 50,542	☐ \$71,559 – 82,066	☐ \$103,083 – 113,590	☐ \$134,607+

PASO 4 (Marque una de las dos casillas siguientes según corresponda y firme al pie de la página donde se indica).

En conformidad con lo dispuesto en la Enmienda de Protección de Derechos del Estudiante (PPRA) no se le requerirá a ningún estudiante, como parte de un programa financiado en su totalidad o en parte por el Departamento de Educación de EE. UU., que participe en una encuesta, análisis o evaluación que revele información relativa a los ingresos (aparte de lo requerido por ley para determinar que el estudiante puede participar en un programa, o para recibir ayuda financiera de ese programa), sin el consentimiento previo escrito del estudiante adulto o del padre o tutor.

☐ Certifico que toda la información brindada en este formulario es verdadera. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y será calificada en el sistema de rendición de cuentas con base en la información que yo proporcione.

☐ Elijo no proporcionar esta información. Entiendo que el desembolso de fondos federales para la escuela y la calificación de la escuela en el sistema pueden ser afectados por mi elección.

Firma del padre o tutor (letra de molde)

Firma del padre o tutor

Fecha

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

ENCUESTA SOBRE LA FAMILIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
ESCUELA:	GRADO:

Estimado padre o tutor:

El Distrito Escolar Independiente de Houston asiste al estado de Texas en la identificación de los estudiantes que reúnan las condiciones necesarias para recibir servicios adicionales del Programa Educativo para Migrantes. **La información proporcionada se mantendrá confidencial.**

Por favor, responda a las siguientes preguntas y envíe este formulario a la escuela de su hijo.

1. En los últimos 3 años, ¿usted o alguien de su hogar se ha mudado de un distrito escolar a otro, dentro del estado de Texas o de Estados Unidos?

SÍ ☐ (Pase a la siguiente pregunta).

NO ☐ (Solo llene hasta aquí y entregue la encuesta en la escuela).

2. Si contestó "sí" a la pregunta número 1, ¿ha trabajado en la agricultura o en la pesca (por ejemplo, trabajo de campo, fábrica de enlatados, trabajo con productos lácteos, procesamiento de carnes, etc.)?

SÍ ☐ (Seleccione las que corresponda).

NO ☐ (Solo llene hasta aquí y entregue la encuesta en la escuela).

 Frutas, vegetales, girasol, algodón, trigo, grano, granjas, haciendas, campos y viñedos ☐	 Granja de productos lácteos ☐	 Pesquería ☐	 Fábrica de enlatados ☐
 Granja avícola ☐	 Vivero, huerto, siembra de árboles o cosecha ☐	 Matadero o rastro ☐	 Otros trabajos similares, por favor explique:

Si contestó "sí" a las preguntas, un representante del Distrito Escolar Independiente de Houston se comunicará con usted para proveerle más información. Por favor, provea los siguientes datos.

Nombre del padre o tutor	Domicilio	Teléfono

— FOR SCHOOL USE ONLY—

PLEASE SUBMIT THIS INFORMATION AND FORMS AT

MigrantProgram@HoustonISD.org

MIGRANT EDUCATION PROGRAM

4400 W. 18th Street, Route 1 | Houston, TX 77092 | 713-556-6980 Fax
HISD Multilingual Education Department | 713-556-7288 | May 2018

Acuse de recibo de las políticas del distrito

Como padre de familia/tutor, necesitamos que confirme que ha recibido y entiende estas importantes políticas de HISD.



Escanee para leer todas las políticas que se indican abajo

Use la cámara de su teléfono para escanear este código y abrir la página de Formularios Solicitados con Frecuencia de HISD, donde se encuentran los documentos completos.

O visite: www.houstonisd.org/families-students/frequently-requested-forms

¿Necesita una copia en papel? Pídala en la oficina principal de su escuela.

Importante: Estas políticas ayudan a garantizar un ambiente de aprendizaje seguro y de apoyo para todos los estudiantes. Por favor, revise cada una con atención. **Instrucciones:** Marque cada casilla para confirmar que la recibió, y luego firme al final de esta página.

- ☐ **Código de Conducta Estudiantil** — Confirmando que recibí y revisé el Código de Conducta Estudiantil de HISD, que describe las expectativas de comportamiento, los procedimientos disciplinarios y los derechos y responsabilidades de los estudiantes.
- ☐ **Manual del estudiante** — Revisé el manual del estudiante y confirmo que lo recibí.
- ☐ **Acuse de recibo sobre seguridad** — Entiendo los protocolos de seguridad de HISD, incluidas las políticas para visitantes, los procedimientos de emergencia, los procedimientos de cierre de emergencia (lockdown) y los requisitos para dejar y recoger a los estudiantes.
- ☐ **Acuse de recibo sobre conmociones cerebrales** — Confirmando que recibí el formulario sobre conmociones cerebrales.
- ☐ **Uso ilegal de esteroides y pruebas aleatorias de esteroides** — Confirmando que leí las reglas sobre el uso de esteroides y la UIL.
- ☐ **Paro cardíaco repentino** — Confirmando que leí y conozco los riesgos del paro cardíaco repentino.
- ☐ **Acuse de recibo de la Política de Privacidad Estudiantil** — Confirmando que leí y acepto la Política de Privacidad Estudiantil.
- ☐ **Acuse de recibo de la Política sobre Cigarrillos Electrónicos (Vapeo)** — Confirmando que leí y entiendo la versión más reciente de la Política sobre Cigarrillos Electrónicos (Vapeo) de HISD.

Firma requerida

Al firmar a continuación, certifico que he recibido todas las políticas indicadas arriba.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

ENTRÉGUELO EN LA OFICINA PRINCIPAL A MÁS TARDAR EL 30 DE SEPTIEMBRE

¡Gracias! Ha llegado al final del paquete. Asegúrese de que cada sección esté firmada y fechada, y luego entregue el paquete completo en la oficina principal de su escuela a más tardar el **30 de septiembre**.