



PAQUETE DE INSCRIPCION

Gracias por elegir el Distrito Escolar Del Valle de St. Vrain como su distrito. El Distrito Escolar del Valle de St. Vrain Re-1J es una institución educativa con igualdad de oportunidades y no discriminará en base a la raza, el color, la religión, el genero sexual, el origen, la edad, o la discapacidad en sus programas educativos, sus actividades, o en sus prácticas de empleo.

¿Tiene usted estudiantes que asisten o asistieron antes al Distrito Escolar de St. Vrain Valley?

Si No

LISTA DE VERIFICACION DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

Paso Uno: Completar el Paquete de Inscripción

- Paquete de Inscripción (una copia necesaria para cada escuela)
- Hoja de Inscripción del Estudiante
- Información de la Salud
- Encuesta de Lenguaje (si es aplicable)
- Hoja con Información acerca de la posibilidad de Retenimiento de Información de la Registración por 48 Horas
- Programa McKinney-Vento (si es aplicable)
- Hoja de Información Migrante (si es aplicable)

Paso Dos: Regresen a la Escuela con las hojas Completadas del Paso 1 junto con los siguientes artículos requeridos para completar la inscripción de su hijo(a).

VERIFICACION DE DOMICILIO – REQUISITO*

(Cualquiera de los siguientes)

- Recibo de los servicios públicos
- Contrato para construir/comprar una casa
- Tarjeta de Registración de Votante
- Documentación de Estudiante Emancipado
- Estudiante Sin Hogar Fijo verificado por el departamento de servicios a los estudiantes
- Licencia de Manejo del Estudiante

CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE—REQUISITO*

Para inscribirse en el Kinder, un estudiante deberá tener 5 años de edad cumplidos para el 1 de Octubre o antes.

Para inscribirse en el Primer Grado, un estudiante deberá tener 6 años de edad para el 1 de Octubre o antes.

REGISTRO DE VACUNACIONES AL CORRIENTE – REQUISITO*

(Los padres con una objeción religiosa, personal, o médica a las vacunas pueden firmar una declaración de exclusión incluida en el Certificado de Vacunación de Colorado.)

- | | |
|-----------------------|---------------|
| • DTP/DTap/DT/Td/Tdap | • Varicella |
| • Polio | • Hepatitis B |
| • MMR | |

DOCUMENTOS DE CUSTODIA (Requerido si el estudiante no reside con ambos padres biológicos)*

(Cualquiera de los siguientes)

- Carta notariada do otro padre de familia reconociendo que el estudiante estará inscrito en el Distrito Escolar del Valle de St. Vrain.
- Documentos del juzgado legal/corte declarando que usted es el/la guardián de residencia
- Carta de tutelaje declarando que ambos padres le otorgan la tutela a otra persona en asuntos de salud y de educación.

*FAVOR DE OBSERVAR: La inscripción de su(s) hijo(s) NO será procesada si falta alguno de los documentos requeridos.



RESIDENCIA PRINCIPAL

Número de Teléfono para la Residencia Principal: _____

Domicilio residencial: # de la Casa: _____ Nombre de la Calle: _____ Unidad #: _____

Ciudad: _____ Condado _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Domicilio Postal (si es diferente) # de la Casa: _____ Nombre de la Calle: _____ Unidad #: _____

Ciudad: _____ Condado _____ Estado: _____ Zip Code: _____

¿Hay una familia adicional viviendo en este domicilio? No Si Si así es, quién? _____

Si está rentando, nombre del dueño _____ # de tel del contacto _____

Padre de Familia/ Guardian #1 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de 2ndo Nom. _____

Apodo (si es aplicable) _____ Genero: Masculino Femenino

Empleador: _____ # de tel. trabajo _____ # de Extensión _____

tel. celular _____ E-mail _____

Padre de Familia/ Guardian #2 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de 2ndo Nom. _____

Apodo (si es aplicable) _____ Genero: Masculino Femenino

Empleador: _____ # de tel. trabajo _____ # de Extensión _____

tel. celular _____ E-mail _____

Favor de anotar ka información de todos los niños que viven en la casa (aún aquellos que no estén asistiendo a la escuela o que estén asistiendo a una escuela diferente).

| Apellido, Primer Nombre | Genero | Fecha de Nac | Escuela | Student ID # |
|-------------------------|--------|--------------|---------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |



RESIDENCIA SECUNDARIA (SI ES APLICABLE)

Nota: Cuando un estudiante no reside con ambos padres, deberá haber información adicional en los archivos para que la escuela pueda determinar quien es responsable por el estudiante. Si existen documentos legales aplicables, tal como papeles de custodia, deberá proveerse una copia a la escuela.

Nota: **Los padrastos no son considerados guardianes legales a menos que tengan papelería de tutela legal la cual deberá ser proveída a la escuela.

La correspondencia de correo es enviada a la residencia principal enlistada para el/los estudiante(s)
¿Quisiera que le fuera enviada correspondencia adicional a este domicilio? Si No

Número de Teléfono para la Residencia Secundaria: _____

Domicilio residencial: # de la Casa: _____ Nombre de la Calle: _____ Unidad #: _____

Ciudad: _____ Condado _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Domicilio Postal # de la Casa: _____ Nombre de la Calle: _____ Unidad #: _____
(si es diferente)

Ciudad: _____ Condado _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Padre de Familia/ Guardian #3 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de 2do Nom. _____

Apodo (si es aplicable) _____ Genero: Masculino Femenino

Empleador: _____ # de tel. trabajo _____ # de Extensión _____

tel. celular _____ E-mail _____

Padre de Familia/ Guardian #4 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de 2do Nom. _____

Apodo (si es aplicable) _____ Genero: Masculino Femenino

Empleador: _____ # de tel. trabajo _____ # de Extensión _____

tel. celular _____ E-mail _____

Favor de anotar ka información de todos los niños que viven en la casa (aún aquellos que no estén asistiendo a la escuela o que estén asistiendo a una escuela diferente).

| Apellido, Primer Nombre | Genero | Fecha de Nac | Escuela | Student ID # |
|-------------------------|--------|--------------|---------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |



INFORMACIÓN Y POLÍTICAS GENERALES

Sus firmas indican que han leído y entendido la Información de abajo.

Inscripción Condicional

Los estudiantes nuevos en el Distrito serán inscritos condicionalmente hasta que el Distrito reciba los récords, incluyendo los récords disciplinarios, de las escuelas a las que asistió el estudiante previamente. En los casos en que los récords de los estudiantes indiquen una razón para negarle la admisión al estudiante, el estatus de inscripción condicional será revocado.

ASISTENCIA ESCOLAR OBLIGATORIA CRS #22-33-104 (COMPULSORY SCHOOL ATTENDANCE)

Dos de los factores más importantes a la hora de asegurar el desarrollo educativo de los niños son tanto la participación como la responsabilidad de los padres. Es obligación de todos los padres asegurarse de que todo niño(a) que este bajo su cuidado y supervisión reciba una educación y un entrenamiento adecuados. Favor de asociarse con el Distrito Escolar del Valle de St. Vrain para asegurar la asistencia de sus hijos a la escuela pública en la que estén Inscritos.

He leído la declaración anterior y entiendo y acepto la responsabilidad para asegurar la asistencia de mi(s) hijo(s).

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha

El Distrito Escolar del Valle de St. Vrain les anima a evaluar su propio seguro de salud y discapacidad para determinar si tienen la cobertura adecuada en caso de cualquier lesión que pudiera sufrir su hijo(a) mientras está en la escuela o participando en alguna actividad escolar. Favor de estar concientes de que el distrito no cuenta con ningún tipo de seguro de protección para su hijo(a). El Distrito no puede tener ninguna responsabilidad legal o solamente responsabilidad limitada por lesiones que ocurren en la escuela o durante actividades escolares, de acuerdo con la Ley de Inmunidad Gubernamental de Colorado. Hay disponible un Seguro de Protección Voluntario en caso de accidentes para todos los estudiantes del K-12. Las hojas de solicitud son distribuidas por medio de la oficina principal en cada edificio.

El Plan de Salud para los Niños de Colorado (CHP+) es un plan de seguro de la salud para los niños de 18 años de edad o menores que no tienen seguro de protección en el estado de Colorado de quienes sus familias tienen ingresos muy altos como para calificar para el Medicaid pero no pueden costear una póliza de seguro privada. Para mejor información acerca del Programa CHP+, llamar al (800) 359-1991 o visiten la página en la Internet www.cchp.org.

La ley de Colorado permite a las escuelas retener las calificaciones, el diploma o la transferencia de créditos por los libros no regresados o dañados, por materiales de la biblioteca o por cuotas no pagadas por los materiales usados en clases.

Por medio de la presente certifico que el/los estudiante(s) que se está(n) inscribiendo no está(n) inscrito(s) en un programa educativo en la Internet tal como el Colorado Online Virtual Academy, el Branson Online o en el Hope Co-Op Online Learning Academy, y que he leído y entendido detalladamente la información y las preguntas de esta hoja de inscripción como lo confirma mi firma abajo.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha



FORMA DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE

Escuela: _____ Año Escolar: _____ Grado: _____

STUDENT:

Apellido Legal: _____ Primer Nombre Legal: _____ Segundo Nombre Legal: _____

Apodo: _____ Fecha de Nac: _____ Genero: Masculino Femenino

Teléfono celular del estudiante: _____

Es usted hispano/latino? No Si

Cual de los siguientes grupos describe su nacionalidad?

Indio Americano Asiático Negro Hawaiano Nativo/Islandes Pacifico Caucásico

¿Cuál es el principal idioma que se habla en la casa: Inglés Español

Relación con el Padre/Guardián 1: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro _____

Cual de las siguientes designaciones y acceso debe recibir esta persona referente al estudiante:

Guardián Recibe la correspondencia de correo Acceso al Portal Mensajero(a)

Relación con el Padre/Guardián 2: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro _____

Cual de las siguientes designaciones y acceso debe recibir esta persona referente al estudiante:

Guardián Recibe la correspondencia de correo Acceso al Portal Mensajero(a)

Relación con el Padre/Guardián 3: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro _____

Cual de las siguientes designaciones y acceso debe recibir esta persona referente al estudiante:

Guardián Recibe la correspondencia de correo Acceso al Portal Mensajero(a)

Relación con el Padre/Guardián 4: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro _____

Cual de las siguientes designaciones y acceso debe recibir esta persona referente al estudiante:

Guardián Recibe la correspondencia de correo Acceso al Portal Mensajero(a)

El/La niño(a) vive con: Los Dos Padres en el Mismo Hogar o Madre Solamente o Padre Solamente o Custodia Compartida o

Otro (especifique) _____

¿Esta solicitando **Inscripción Abierta** para el estudiante ? No Si

Si así es, cual es la escuela/el distrito designado al estudiante del vecindario donde vive? _____

¿Esta este estudiante asistiendo con una VISA de no emigrante? No Si

Si así es, mencione el tipo de VISA _____

Alguna vez ha recibido este estudiante servicios de educación especial, tal como terapia del habla u ocupacional, etc? No Si

Si así ha sido, ¿está recibiendo actualmente servicios de educación especial este estudiante? No Si

¿Está este estudiante en un proceso de expulsión actual o pendiente? No Si

Si así es, de cual distrito _____ Fechas de Expulsión _____

Reason for expulsión _____



FORMA DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE

HISTORIAL DE INSCRIPCIÓN:

¿Alguna vez ha asistido este estudiante al Distrito Escolar del Valle de St. Vrain-SVUSD? No Si

Nombre de la Escuela Anterior _____

Este estudiante ha asistido de manera continua a una escuela en los Estados Unidos-USA desde _____ / _____ / _____
(Ponga la fecha de hoy si el estudiante nunca ha asistido a una escuela en los Estados Unidos o la fecha más reciente si el estudiante salió de los Estados Unidos en cualquier momento) Mes Día Año

Este estudiante ha asistido de manera continua a una escuela en Colorado desde _____ / _____ / _____
(Ponga la fecha de hoy si el estudiante nunca ha asistido a una escuela en Colorado la fecha más reciente si El estudiante salió de Colorado en cualquier momento.) Mes Día Año

PERMISOS

Doy mi permiso para que le tomen fotografías a mi hijo(a) para fotografías de la escuela. No Si

Doy permiso para que mi hijo(a) participe en la cobertura de los medios de comunicación incluyendo la publicación del cuadro de honor. No Si

Doy permiso para que el Distrito Escolar del Valle de St. Vrain (y cualquier persona o compañía autorizada por el Distrito) para que hagan uso y puedan tener derechos de copiado de todas las fotografías, filmaciones, videos, y/o grabaciones tomadas a este estudiante por el personal del Distrito (o sus representantes) y entender que el Distrito puede usar reproducciones, alteraciones, o adiciones a las mismas. Entiendo también que esas reproducciones pueden incluir páginas en la Internet autorizadas por el Distrito y publicaciones del distrito escolar. No Si

PARA TODOS LOS ESTUDIANTES DE PREPARATORIA: La ley del estado requiere que el distrito escolar libere información del directorio de los estudiantes a reclutadores militares. Doy permiso para que el distrito pueda liberar esa información. No Si

Los estudiantes en los grados 6-12 recibirán una cuenta en la red de trabajo (network) del Distrito Escolar St Vrain, una cuenta de Aplicaciones Google Apps y una cuenta de correo electrónico (email) St Vrain Google. Si desean que su estudiante no reciba una cuenta de correo electrónico, favor de visitar la escuela de su estudiante.

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA (los contactos en caso de emergencia no deben ser el Padre./Madre/Guardián)

Contacto #1 Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____

de Tel. Casa: _____ # de Cel: _____ # de Tel. Trabajo: _____

Contacto #2 Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____

de Tel. Casa: _____ # de Cel: _____ # de Tel. Trabajo: _____

Contacto #3 Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____

de Tel. Casa: _____ # de Cel: _____ # de Tel. Trabajo: _____

Autorizo, por medio de mi firma abajo, que si las personas mencionadas arriba no puede ser localizadas, se autoriza al personal de la escuela para que aplique su mejor criterio en caso de una emergencia. El Distrito Escolar no cuenta con seguro dental o médico para los estudiantes. Se entiende que todos los costos relacionados con un tratamiento en caso de emergencia será la responsabilidad de los padres del estudiante. Siempre y cuando el tratamiento médico considerado como necesario vaya de acuerdo con las normas aceptadas de manera general con la práctica médica, no impongo ninguna prohibición específica referente al tratamiento a menos que lo hayamos declarado.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha



2015/2016

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

| ERIE HIGH SCHOOL | | |
|------------------|-------|---------------|
| Student ID | Grade | Date Enrolled |
| | | |

SCHOOLS: Please send FULLY completed original form to the ELA Office if a language other than English is indicated. File copy in student cum. folder.

Las regulaciones federales y estatales exigen que las escuelas determinen el/los lenguaje(s) que hablan y entienden los estudiantes. Si es necesario, una evaluación válida de la competencia o conocimiento del idioma inglés le será dado al estudiante dentro de 30 días para determinar si su colocación es el LIEP más adecuado para él/ella.

| | | | |
|--|-------------------------|---|----------------|
| Apellido paterno | Apellido materno | Primer nombre del estudiante | Segundo nombre |
| País de nacimiento del estudiante: | | Fecha de nac. del estudiante /mes / día / año | |
| ¿Asistió su hijo(a) a la escuela en otro país? | | Sí _____ No _____ | |
| _____ ¿Cuál país? | _____ ¿Cuántos años? | _____ Idioma(s) de enseñanza | |
| ¿Ha asistido su hijo(a) anteriormente al St. Vrain Valley School District? | | Sí _____ No _____ | |
| _____ ¿Cuál escuela preescolar? | _____ ¿Cuáles escuelas? | _____ Idioma(s) de enseñanza | |

- ¿Qué el idioma principal de la familia? _____
- ¿Cuál idioma usaba su hijo(a) cuándo empezó a hablar? _____
- ¿En cuál(es) idioma(s) habla su hijo(a) en casa? _____
- ¿En cuál(es) idioma(s) lee y escribe su hijo(a)? Lee _____ Escribe _____
- ¿Cuál(es) idioma(s) usan los adultos cuándo hablan en la casa? _____

(Firma de padres o guardián)



INFORMACIÓN DE LA SALUD

Para mejor satisfacer las necesidades de su estudiante, les pedimos por favor que provean la información de salud acerca de cualquier condición de salud significativa o continua que pueda tener su hijo(a). Tener por adelantado esa información referente a la salud de su hijo(a) le permitirá a nuestra Enfermera Escolar y a Nuestra empleada de la salud proveerles cualquier papelería necesaria que *pueda* ser necesaria.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nac: _____

LA INFORMACION REFERENTE A SU HIJO(A) SERA COMPARTIDA CON EL/LA MAESTRO(A) DE SU HIJO(A) Y CUALQUIER OTRO MIEMBRO DEL PERSONAL QUE NECESITE TAMBIEN ESTAR INFORMADO. NO SE ADMIMISTRARA O DARA NINGUN MEDICAMENTO POR RTE DE LAS AUTORIDADES U OFICIALES DE LA ESCUELA SIN EL PERMISO ADECUADO HECHO POR ESCRITO POR EL DOCTOR AUTORIZADO REFERENTE A LA DOSIS, LA FRECUENCIA DE LA DOSIS, Y LA FIRMA DE LOS PADRES.

INFORMACION DE LA SALUD: Mencione cualquier condición de salud significativa o continua

Ejemplos: alergias severas / epi pen, asma, ADD/ADHD, defectos de nacimiento, diabetes, epilepsia, enfermedades del corazón, problemas de la visión o del oído, o cualquier otra condición relevante para la escuela o los deportes.

MEDICINAS – Tomadas por el Estudiante

EN LA ESCUELA _____

EN LA CASA _____

ALERGICO(A) A: _____

Usa lentes/anteojos o lentes de contacto? No Si Lentes/anteojos solamente para leer Si _____

La siguiente firma será aplicable por cuanto continúe la matriculación en St. Vrain

Yo, el/la abajo firmante, por medio de la presente autorizo a las autoridades u oficiales del Distrito Escolar St. Vrain Valley para que se pongan en contacto directamente con mis contactos en caso de emergencia, y autorizo el tratamiento conforme sea necesario en caso de una emergencia, para la salud del niño(a) mencionado(a). En caso que mis doctores, mis contactos de emergencia, o los padres no puedan ser contactados, autorizo por medio de la presente a las autoridades u oficiales escolares para que tomen cualquier acción considerada necesaria a su criterio, por el bienestar y la salud del niño(a). No haré responsable al distrito de manera legal por el cuidado y la atención dada en caso de una emergencia. Si el personal escolar no puede ponerse en contacto con los padres o con mis contactos en caso de emergencia para proveer transportación a un niño(a) enfermo(a) o lesionado(a), dicho niño(a) será transportado al hospital, al consultorio del doctor, o a la casa por ambulancia, u otro medio de transportación disponible. Estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar no será responsable legalmente de manera financiera por cualquier gasto de transportación.

TODOS LOS COSTO O GASTOS SERAN ENFRENTADOS O PAGADOS POR LOS PADRES.

Firma del padre/madre/guardián

Fecha



ADICION A LA LEY DE REGISTRACION DE LAS ESCUELAS SEGURAS

NOTIFICACION DE RETENIMIENTO DE LA REGISTRACION POR 48 HORAS:

La registraci3n de su estudiante como estudiante del Distrito Escolar del Valle de St.Vrain podr3 ser retenida hasta por 48 horas. La ley Estatal (C.R.S. 22-23-106(3) (c) y (f) proporciona a la escuela en la cual 3l/ella desea registrarse, el derecho de negar la admisi3n si el estudiante ha:

- a.) sido expulsado de cualquier distrito escolar durante los 12 meses anteriores; y/o,
b.) estado envuelto en un comportamiento perjudicial para el bienestar tanto de otros alumnos como del personal docente en otro distrito escolar durante los 12 meses anteriores.

PROPOSITO:

No es la intenci3n de la escuela recibiendo la registraci3n o del distrito, difundir dudas acerca de la capacidad de su estudiante para desempe1arse acad3micamente y ensu comportamiento como alumno de la escuela registrante. Este proceso ayuda a la escuela registrante a permanecer dentro de los par3metros descritos en la pol3tica del distrito y de la ley estatal. Adem3s aun, reduce la pobabilidad de especulaciones inapropiadas con respecto a la naturaleza de los archivos disciplinarios del estudiante en la(s) escuela(s) anterior(es).

DECLARACION:

COMO PADRE/MADRE DEL ESTUDIANTE REGISTRADO, SE LE SOLICITA A USTED QUE DECLARE LA SITUACION DEL ESTUDIANTE EN SU ESCUELA ANTERIOR; (REVISEN POR FAVOR TODAS LAS QUE SEAN APLICABLES).

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

- checkbox Este estudiante no ha sido expulsado de ningun distrito escolar durante los 12 meses anteriores.
checkbox Este estudiante no tiene problemas disciplinarios de importancia (suspension multiple o infracciones serias a las reglas/pol3ticas) escolares de su escuela anterior.

NOMBRE DE LA ESCUELA ANTERIOR: _____

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA PARA PONERSE EN CONTACTO: _____

FIRMAS:

He le3do y entendido lo mencionado arriba. Yo, verifico que la informaci3n proporcionada a 3sta escuela es verdad en lo mejor de mi conocimiento. Yo le he proporcionado a la escuela registrante una revelaci3n completa de toda la informaci3n mencionada y solicitada arriba.

Firma del Padre/Madre/Guardian

Firma del Estudiante

Fecha

FOR USE BY ENROLLING SCHOOL ONLY (PARA USO 3NICAMENTE DE LA ESCUELA REGISTRANTE)

School Contacted on _____ by _____

Name of Person Contacted _____ Title _____

Information Provided Above is Correct checkbox Yes checkbox No

Comments _____

Principal/Administrator Signature

Date



INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

¿Su hijo necesita un seguro médico gratuito o de bajo costo?

El Distrito en colaboración con el Condado de Boulder, ha proporcionado un coordinador de seguro médico para trabajar con familias para asegurar que los estudiantes tengan seguro médico. El coordinador puede inscribir a los niños elegibles, algunos padres y las mujeres embarazadas en edicaid y Child Health Plan Plus (CHP +). Su familia puede calificar para CHP+ si el ingreso excede los límites de Medicaid, y no puede pagar seguro privado. Los beneficios incluyen la atención preventiva, inmunizaciones, atención de dentistas, servicios hospitalarios, medicinas, servicios de salud mental, de visión y mucho más. Si tiene preguntas, póngase en contacto con el coordinador de seguro médico del Distrito al **303-210-1201**.

Nombre del padre/tutor: _____

Teléfono celular #: _____ Teléfono Alternativo#: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto Alternativo: _____

Por favor, liste a todos los niños que viven en el hogar (incluso aquellos que no asisten a la escuela o asisten a una escuela diferente).

| Nombre y Apellido | Género | Fecha de Nacimiento | Escuela | ¿Asegurado? |
|-------------------|--------|---------------------|---------|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Si sus hijos están asegurados:

Esta satisfecho con su cobertura? Si No

Es difícil pagar su prima de seguro médico? Si No

Su firma indica que usted autoriza que el coordinador de seguro puede estar en contacto con usted para discutir su posible elegibilidad seguro médico.

Firma del padre/tutor

Fecha

Para uso oficial solamente/FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE FAX COMPLETED FORMS TO (303) 568-7859



Encuesta de Elegibilidad para Programas



Estimado Padre/Tutor:

Nuestro distrito escolar recibe fondos para proveer apoyo y servicios adicionales a los estudiantes que califican para programa específicos. Su cooperación al contestar este formulario nos ayudará a identificar a los estudiantes elegibles y ayudará a nuestro distrito escolar a recibir fondos suplementarios. Toda la información es confidencial y no será utilizada para otros propósitos.

Nombre del padre o tutor: _____ Fecha _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ ¿Mejor hora para llamar? _____

Favor de anotar a todos los menores de 22 años que vivan en su hogar

| Nombre y Apellido | Fecha de Nacimiento | Nombre de la Escuela |
|-------------------|---------------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

¿En qué año fue la última vez que su familia se mudó? _____

En los últimos tres años, ¿alguno de los padres o tutores han trabajado o aplicado para trabajar en cualquiera de las siguientes áreas? Si No

Si su respuesta es sí, marque cuál o cuáles

- Siembra/ ganadería
- Plantación/cosecha
- Aves de corral
- Lechería
- Procesadora (preparar) de Alimentos
- Empacadora de carne
- Selección/clasificación/empaque vegetales y/o frutas
- Limpiar/Preparar/empacar vegetales y/o frutas
- Empacadora de granos
- Carga y descarga de frutas o vegetales
- Enlatado (Fábricas de conserva)
- Huertas
- Invernadero/Vivero
- Tratamiento de árboles/Forestación
- Irrigación
- Siembra de zacate
- Ranchos de engorda

DISTRITO ESCOLAR DEL VALLE DE ST. VRAIN

Forma de Referencia de la Ley McKinney-Vento

La intención de esta forma es cumplir con las estipulaciones de la Ley McKinney-Vento de proporcionar servicios adicionales a los estudiantes si su **RESIDENCIA NO ES FIJA, REGULAR Y ADECUADA**.

*****OBSERVE POR FAVOR: NO necesita completar esta forma si su situación de vivienda es FIJA, REGULAR, y ADECUADA. Si usted renta, comparte vivienda por conveniencia, o esta comprando su casa y no necesita servicios de apoyo favor de no completar esta forma. ¡Gracias!**

En estos momentos, ¿Dónde vive el estudiante? (Marque lo que mejor le aplique por favor)

- Refugiado (EFAA, casa de refugio, albergue para jóvenes, refugio de emergencia/temporal, etc.)
- Vive con familiares o amigos debido a un desastre natural, problemas económicos y/o financieros
- Sin Hogar (autos, parques, campamentos, etc.)
- Hoteles/moteles
- Otra Forma de Vivienda Inadecuada _____

El estudiante o estudiantes: (marque uno por favor)

- Está(n) bajo la custodia física de uno de los padres o de un Tutor
- NO está(n) bajo la custodia física de uno de los padres o de un tutor (ejemplo: vive(n) solo(s), con un familiar que no es su tutor legal, vive(n) con otras personas)

| Estudiante(s) | No de ID | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo | Escuela | Grado |
|---------------|----------|---------------------|------|------|---------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Padre(s)/Tutor(es) Legal(es): _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, _____

Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ Tel. celular: _____ Otro teléfono: _____

¿Existen necesidades de transportación para los estudiantes si están fuera del área de caminar/asistencia? Sí No
Si así es, explique por favor: _____

¿Cuanto tiempo tienen viviendo lo(s) estudiante(s) sin vivienda en este domicilio o lugar? _____

Forma Completada Por: _____ Fecha: _____

Importante: Persona de Contacto de la Escuela o Agencia que conoce la situación de la familia:

Escuela/Agencia: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Enviar forma a Luis Chávez, Enlace con las Personas Sin Hogar, al Edificio LSC. Pueden Escanear la Forma completada y mandarla por email o por Fax al (303) 682-7395

Para más información, favor de ponerse en contacto con:

Regina Renaldi, LSC al (303) 682-7413 -- renaldi_regina@svvvsd.org

Luis Chavez, Homeless Education Liaison al (303) 682-7262-- chavez_luis@svvvsd.org