



Solicitud para el Programa de Preescolar

18551 East 160th Avenue
Brighton, CO 80601-3295

Chris Fiedler, Ed. D. Superintendent

Ciclo Escolar 2014-2015

El Distrito Escolar 27J valora la educación y proporciona las aulas educativas para la preescolar en varias de sus escuelas primarias. Los estudiantes **necesitan calificar** para asistir a la Preescolar. Los niños deberán de tener 4 años en o antes del 1 de octubre de 2014 y vivir en el Distrito Escolar 27J para ser considerados para la preescolar. Debido a que el gobierno estatal paga por esta preescolar, no hay costo de matrícula.

La solicitud adjunta determina los criterios utilizados para considerar la aceptación de su hijo a la preescolar. Es importante que la forma este totalmente completa.

El comité de preescolar primeramente considera a los estudiantes con más riesgos. Los factores de riesgo para calificar para el programa incluyen:

- El estudiante califica para las comida gratis o precio reducido
- Menor sin vivienda
- Cuando el menor habita en un hogar donde existe la violencia entre adultos.
- La familia del niño hace abuso de las drogas o el alcohol
- Cualquiera de los padres del menor es menor de dieciocho años y no estaba casado cuando nació el niño.
- Los padres o tutores legales del menor no completaron sus estudios de preparatoria ni su equivalente.
- Cambio frecuente de domicilio.
- El menor tiene necesidades de desarrollo del lenguaje, incluyendo y sin limitarse a la habilidad de hablar inglés.
- Cuando el menor recibe los servicios de parte del Departamento de los Servicios Sociales Estatales por ser un menor que ha sido descuidado/abandonado o depende de otra persona.
- Menor con dificultades de aprendizaje (pero no califica para la educación especial)
- Cuando el peso del menor al momento del nacimiento fue de 4 libras o menos.
- El menor ha tenido bastantes problemas médicos.

Para poder evaluar su solicitud usted deberá completar y regresar todo lo siguiente:

- 1) Solicitud para el programa de preescolar del Distrito Escolar 27J
- 2) Paquete para la Inscripción en preescolar (**Todas y cada una de las hojas deberá estar completa o la solicitud será rechazada**)
- 3) Copia del acta de nacimiento
- 4) Copia del registro de las vacunas
- 5) Comprobante de Residencia – Copia del recibo de la luz con el nombre de uno de los padres y el domicilio.

Por favor envíe o traiga estos documentos a:

Bethany Ager
18551. E 160th Avenue
Brighton, CO 80601

Para información adicional y obtener las formas, por favor visite la página de Web de la preescolar al:
<http://www.brighton.preschool.schoolfusion.us/>

Su hijo(a) no será inscrito hasta que ustedes reciban una carta de aceptación.

Si ustedes tienen cualquier pregunta, por favor háblenme al 720-685-5490

Bethany Ager

Coordinadora de la CPP

Fax 720-685-5492

FECHA LIMITE PARA INSCRIBIRSE: 30 DE MAYO DE 2014

Las solicitudes recibidas antes del 10 de agosto serán colocadas primero.

Cualquier solicitud recibida después de esta fecha serán puestas en lista de espera.

El distrito escolar 27j estará man dando las cartas en Mayo 1, 2014 su hijo/a esta aceptado.

Solicitud para el Programa de Preescolar

Ciclo Escolar 2014-2015

Indique el método que prefiere para que se le comunice sobre el estado en que se encuentra su solicitud de aceptación a preescolar.

Correo Electrónico: _____

Correo Postal

Firma _____ Fecha _____

Nombre del alumno: _____

Antecedencia Social y Familiar:

¿Cuál es el salario mensual de la familia (antes de la deducción de impuestos) _____

Número de personas que viven en el hogar _____

Estado Civil de los padres:

Casados

Separados/divorciados

soltero/Nunca ha estado casado

Viudo(a)

¿Este niño vive con sus padres o tutores legales? Sí No-Indique con quien _____

Nombre del Padre/tutor legal (1): _____ Nombre del padre/Tutor Legal (2): _____

Edad del padre al nacimiento del menor _____ Edad del padre al nacimiento del menor _____

Terminó preparatoria/GED Sí No

Terminó preparatoria/GED Sí No

¿Habita una persona abusiva en el hogar que el niño vive? No Sí-Explique _____

¿Se utilizan drogas o alcohol en el hogar que el niño vive? No Sí-Explique _____

¿Este menor o su familia no tienen una residencia permanente (vive con otra familia, viven con alguien temporalmente)?

No Sí-Explique _____

¿Este menor se cambia de domicilio constantemente?

No Sí-indique el número de veces que se ha cambiado desde los últimos cuatro años _____

Sí No ¿Su hijo(a) recibe servicios de parte del Departamento de Servicios Sociales el Estado? (**NO INCLUYE: Medicaid, WIC y estampillas de comida**)

Antecedencia de Salud

¿La madre biológica del menor recibió cuidado prenatal? Sí No

Peso del niño al nacer _____ libras _____ onzas.

¿Necesita su hijo ayuda para el desarrollo del lenguaje, incluyendo y sin limitarse a la habilidad de hablar inglés?

No Sí-Explique _____

¿Tiene preocupaciones con la conducta o estado emocional del menor? No Sí-Explique _____

¿Tiene problemas con las habilidades sociales del menor? No Sí-Explique _____

¿Su hijo padece de alguna enfermedad seria o tiene algún diagnóstico médico? No Sí-Explique _____

¿Su hijo ha recibido alguna evaluación especial, examen, terapia, etc.? (Proporcione la fecha y lugar)

¿Desea compartir alguna información adicional que le podría ayudar a nuestro personal para determinar la elegibilidad de participación de su hijo en el programa? _____

Forma completada por: _____ Relación con el menor _____

Por medio de la presente afirmo que la información que proporciono es correcta y adecuada según mis conocimientos.

Firma _____ Fecha _____

Para propósito del personal escolar únicamente. Deje la sección a continuación en blanco

Internal Purposes: Date application received: _____ Date application completed: _____

Familia Encuesta de Datos Economicos

Apellido (s) de la Familia _____

Direccion, Ciudad, Codigo Postal _____

Numero de telefono _____

INSTRUCCIONES: El uso de la hoja de instrucciones provista, llene la solicitud, firmar su nombre, la fecha, la aplicacion y volver a la escuela.

Fomentar Nino	Nombre del estudiante: Apellido, Nombre	Escuela	Grado	No Ingresos	H	M	R
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			

Parte 2. Programa de Asistencia de Nutricion Suplementaria (SNAP) /Programa de Districbucion de Alimentos en Reservasiones Indigenas (FDPIR):

Proporcione el nombre y número de caso de la persona que recibe beneficios. (Entre la información y pase a la parte 5)

Nombre: _____

Numero de caso: _____

Parte 3. Otros Elegibilidad Fuente: Si algún niño que está solicitando es sin hogar, emigrante, o ha huido, marque la casilla correspondiente a la izquierda y la llamada [su escuela, enlace sin hogar, coordinador de emigrantes en el teléfono .

Parte 4. Lista de todos los miembros de la familia no mencionados anteriormente y los estudiantes con los ingresos.		Indique todos los ingresos brutos actuales, y comprogar la frecuencia con que fue recibido			
Nombre: Apellido, Nombre	Sin Ingresos	Ganancias del trabajo antes de las deducciones, o el desempleo	Bienestar Social, manutención de menores, pensión alimenticia	Pensiones, jubilaciones, Seguro Social, SSI, beneficios de VA	Otro
	<input type="checkbox"/>	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual
	<input type="checkbox"/>	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual
	<input type="checkbox"/>	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual
	<input type="checkbox"/>	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual
	<input type="checkbox"/>	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual
	<input type="checkbox"/>	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual
	<input type="checkbox"/>	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual	\$_____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2x/Mensual

Parte 5. MEDICAID Y/O PROGRAMAS DE SEGURO DE SALUD DEL ESTADO DE LOS NINOS (SCHIP)

La información proporcionada en la solicitud puede ser compartida con Medicaid o SCHIP. En las oficinas a solicitar la inscripción de los niños en los programas anteriores. Usted no está obligado a dar su consentimiento para la divulgación de esta información, lo que no afectará a su estudiante (s) 'elegibilidad para las comidas escolares.

Su información será compartida a menos que marque la casilla siguiente
 Por favor no comparta mi información con las oficinas de Medicaid o SCHIP.

Parte 6 : Su Firma Aqui (Un miembro adulto del hogar debe firmar y fechar el formulario): Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que doy. Entiendo que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado.

Su Firma Aqui X _____ **Fecha:** _____

*****DO NOT WRITE BELOW THIS LINE. DISTRICT USE ONLY*****

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12

Total Income: _____ Week, Bi-Weekly, 2x/Month, Month, Year Household size: _____ Eligibility: Free ___ Reduced: _____ Denied:

Lista de documentos y formas necesarias para la inscripción en el

Programa de *Preescolar* del Distrito Escolar 27J

Ciclo Escolar 2014-2015

(Para estudiantes nuevos y que regresan)

CPP SPED



Nombre Legal del Alumno – Nombre indicado en el acta de nacimiento o en el documento legal del cambio de nombre.

Apellido(s): _____ Nombre _____ Segundo Nombre: _____

Alias: _____ Grado Actual: _____ Género: M F #Seguro Social (últimos 4 dígitos) XXX-XX- _____

Fecha de Nac. _____ / _____ / _____ País de nacimiento _____ # de teléfono Principal: _____
Mes Día Año

Raza: *Seleccione una o más*

- Indio Americano/nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afro-americano
- Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico
- Blanco

Indio Americano o Nativo de Alaska – Persona que tiene un origen de cualquiera de las personas originales de Norte América o Sur América (incluyendo América Central), y que mantiene la identificación cultural a través de la afiliación con una tribu o reconocimiento comunitario.

Asiático o Isleño del Pacífico – Persona de origen del Lejano Oriente, Sureste de Asia, Sub-continente Indio, incluyendo por ejemplo, Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro Persona de origen de cualquier grupo racial de negros Africanos.

Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico – Una persona que tenga origen de cualquier persona originaria de Hawái, Guam, Samoa y otra isla del pacífico.

Blanco – Persona de origen Europeo, del Norte de África, o del Oriente Medio

Etnicidad: *Seleccione una:*

- Hispano/Latino
- No hispano/Latino

Persona Mexicana, Puertorriqueña, Cubana, Sur y Centro Americana o de cualquier cultura u origen español, sin importar la raza.

Por medio de la presente doy permiso para que se puedan publicar los videos, audio y fotografías de mi estudiante en los medios de comunicación, incluyendo boletines informativos, carteleras, etc. Sí No

Yo, el padre o tutor legal del alumno nombrado en esta hoja, declaro bajo la pena del perjurio legal de este estado que la información que proporciono es verdadera y correcta y asimismo hago constar que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales en caso de que tenga que atestiguar a las declaraciones previamente citadas.

Preferencia para el turno de asistencia en la preescolar

Los estudiantes de preescolar asisten a la escuela primaria que les corresponde a menos de que el estudiante necesite asistir a un lugar alternativo debido a que el programa no es ofrecido o la falta de cupo en su escuela. Un lugar alternativo será ofrecido, sin embargo, los padres deberán proporcionar el transporte escolar propio para el menor.

El horario de preescolar es de mediodía con una sesión matutina (AM) o vespertina (PM)

- Sesión matutina (AM) Sesión Vespertina (PM) Cualquiera

El maestro de su preferencia: _____

(Si es que tiene uno)



FORMA DE ACUERDO PARA EL USO DEL INTERNET

(Internet Form)

Estamos complacidos de poder ofrecer a los estudiantes del Distrito Escolar Brighton 27J el acceso a la red de información por computadoras por medio del Internet. Para obtener acceso al Internet, todos los estudiantes menores de 18 años deben adquirir el permiso de sus padres y deben firmar y regresar ésta forma a la escuela a la que asisten. Los estudiantes mayores de 18 años deben firmar su propia forma.

El acceso al Internet por medio de la red de comunicación de Brighton les permitirá a los estudiantes explorar miles de bibliotecas, base de datos, y boletines informativos a través de todo el mundo. Les advertimos a las familias que algún material accesible por medio del Internet puede contener material que es ilegal, difamatorio, incorrecto o potencialmente ofensivo por algunas personas. Mientras que nuestra intención de proveer el acceso al Internet está disponible para aumentar las metas educativas, igualmente los estudiantes pueden encontrar maneras de lograr acceso a otros materiales. Creemos que los beneficios para los estudiantes al acceso del Internet, es una forma de recurso de información y oportunidades de colaboración, que exceden las desventajas. Pero finalmente, los padres y tutores legales de menores de edad son responsables por fijar y expresar las normas que sus hijos deben seguir cuando usan los recursos de información. Con este fin, el Distrito Escolar de Brighton 27J apoya y respeta el derecho de decisión de cada familia si el estudiante debe o no debe solicitar el acceso al Internet. Los estudiantes son responsables por el buen comportamiento en las redes de comunicación escolar al igual que lo son en el aula, o en el pasillo escolar. El acceso a la red de comunicación es otorgado a los estudiantes que están de acuerdo en actuar con responsabilidad. **El permiso de los padres es obligatorio, y los padres deben de estar de acuerdo a renunciar a reclamos e indemnizaciones /mantener provisiones de no causar daños, lo cual está escrito en letras recalcadas en negrita en la parte inferior de la forma de permiso.** El acceso es un privilegio- no un derecho. El acceso vincula responsabilidad.

El Distrito Escolar Brighton 27J intenta proveer una herramienta para las actividades educativas. Los estudiantes que usan la red de comunicación del distrito tienen prohibido hacer lo siguiente:

- Tener acceso a mensajes o fotos ofensivas
- Usar lenguaje difamatorio u ofensivo
- Acosar, insultar, difamar o atacar a otros
- Dañar, alterar las computadoras o sistemas de computadoras o redes de comunicación.
- Violar las leyes de Derecho de Autor
- Usar la clave o contraseña de otra persona
- Dar su nombre, domicilio o número de teléfono
- Traspasar los archivos, trabajo o carpeta de otro
- Intencionalmente gastar recursos limitados
- Emplear la red de comunicación para propósitos comerciales.

La desobediencia a las reglas establecidas causará la pérdida al acceso de Internet, además de la ejecución de acciones disciplinarias o legales.

Como usuario de la Red de Comunicación Educacional de Brighton, mediante esto reconozco y manifiesto que he leído el Reglamento adjunto EHC y los Procedimientos EHC-R o he pedido que alguien me los lea, y estoy de acuerdo en cumplir con el reglamento y los procedimientos. Además entiendo que si yo cometo cualquier violación, mi acceso a los privilegios pueden ser negados o revocados, y una acción disciplinaria escolar y /o una acción legal adecuada puede ser tomada.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Como padre/madre o tutor legal del estudiante que firmó anteriormente, por medio de la presente reconozco y represento que he leído el reglamento y procedimientos adjuntos y que después de haberlos leído autorizo, y doy permiso para que mi hijo o hija tenga acceso a la red de comunicación de computadora por medio de la Red de Comunicación de Educación de Brighton, incluyendo el Internet. **Por medio del presente renuncio a cualquier reclamo en contra del Distrito Escolar de Brighton 27J, sus empleados y directores que pudiera surgir o se relacione con el uso que mi hijo o hija tenga con el Internet. Adicionalmente, estoy de acuerdo en indemnizar o no hacer cargos de daño al Distrito Escolar Brighton 27J y/ o sus empleados y directores sobre cualquier reclamo hecho en contra de ellos cuando este pueda surgir o se relacione con el uso que mi hijo o hija tenga con el Internet o cuando éste desobedezca los reglamentos y procedimientos de la red de comunicación de Brighton.** Entiendo que algún material en el Internet puede ser desagradable, pero acepto la responsabilidad por la orientación de los usos del Internet—poner y explicar las normas para que mi hijo/a siga cuando esté seleccionando, compartiendo o explorando la información. Esta forma de Acuerdo de Uso de Internet no es una petición para correo electrónico. Los estudiantes peticionarios de correo electrónico necesitan completar el Acuerdo de Cuenta de Correo Electrónico.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____

Firma del Padre/tutor legal _____ Fecha _____



Forma de Información y domicilio de la familia- Preescolar

(Family address and Information Form)

UNA forma por familia (Use letra de molde)

Dirección de residencia de la familia: _____ Apt/Espacio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Distrito Escolar: _____

de Teléfono Primordial _____ Idioma que se habla en el hogar _____

Dirección para el correo _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

La ley McKinney-Vento proporciona servicios adicionales a los estudiantes que viven temporalmente en una casa. Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Dónde vive actualmente el estudiante? Seleccione la opción(es) apropiada(s):

- En un hogar permanente
- Vive con otra familia en una casa o un departamento
- En un hotel/motel
- Con amigos o familiares (los padres o tutores legales no viven allí)
- En el auto, parque, campamento
- Ninguna de las opciones anteriores (vivienda permanente)
- Casa albergue

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Yo, el padre o tutor legal del alumno nombrado en esta hoja, declaro bajo la pena del perjurio legal de este estado que la información que proporciono es verdadera y correcta y asimismo hago constar que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales en caso de que tenga que atestiguar a las declaraciones previamente citadas.

Padre de familia o tutor legal 1 – Aquellos que viven en el domicilio previamente escrito en la parte superior de este documento. (Por favor use todo el nombre legal, incluyendo apellidos y nombres)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Género M F Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Correo electrónico _____

Otro # de teléfono _____ Teléfono del trabajo _____ celular _____

Padre de familia o tutor legal 2 – Aquellos que viven en el domicilio previamente escrito en la parte superior de este documento. (Por favor use todo el nombre legal, incluyendo apellidos y nombres)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Género M F Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Correo electrónico _____

Otro # de teléfono _____ Teléfono del trabajo _____ celular _____

Niños en edad escolar/preescolar que viven en la residencia anteriormente descrita

Niño(a)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Esc. a la que asiste _____

Relación con: Padre #1: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____ **Relación con: Padre #2:** Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____

Niño(a)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Esc. a la que asiste _____

Relación con: Padre #1: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____ **Relación con: Padre #2:** Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____

Niño(a)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Esc. a la que asiste _____

Relación con: Padre #1: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____ **Relación con: Padre #2:** Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____

Niño(a)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Esc. a la que asiste _____

Relación con: Padre #1: Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____ **Relación con: Padre #2:** Hijo(a) Hijastro(a) Otro _____

Todos los padres o tutores legales deberán ser enlistados. Si los derechos han sido alterados o terminados, una copia del tribunal deberá ser entregada a la escuela antes de que se puedan hacer los cambios en la lista.

Padre o tutor legal adicional 3 - (Por favor use el nombre legal)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Género M F Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa) _____ Correo electrónico _____

Otro Teléfono _____ Teléfono de Trabajo _____ Teléfono Celular _____

Dirección de Residencia _____ Ciudad _____ Código postal _____

Dirección para recibir correo _____ Ciudad _____ Código postal _____

(Si diferente a la dirección de residencia)

Nombre del Padre/tutor legal del estudiante: _____

¿Custodia compartida con Padre/Tutor legal 1 o 2? Sí No

Envíos Escolares: Sí No

Contacto en caso de emergencia

Las personas de contacto en caso de una emergencia son aquellas con las que el estudiante puede irse de la escuela en caso de que éste tenga una lesión o enfermedad y el padre o tutor legal del mismo no puede ser localizado. **NO ESCRIBA el nombre de una persona que haya enlistado anteriormente.**

Contacto 1:

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección de Residencia _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono del hogar _____ teléfono del trabajo _____ Celular _____

Relación: Amigo Abuelo Otro familiar Hermano Proveedor del cuidado de niños (Guardería o niñera)

Contacto 2:

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección de Residencia _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono del hogar _____ teléfono del trabajo _____ Celular _____

Relación: Amigo Abuelo Otro familiar Hermano Proveedor del cuidado de niños /Guardería o niñera)

Contacto 3:

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección de Residencia _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono del hogar _____ teléfono del trabajo _____ Celular _____

Relación: Amigo Abuelo Otro familiar Hermano Proveedor del cuidado de niños /Guardería o niñera)

Firma del padre o tutor legal _____ Fecha _____

Por medio del presente afirmo y declaro, bajo el perjurio penal y la ley de este estado, que la información descrita en este documento es verdadera y correcta.



Información sobre la Salud

(Health information)

Nombre del alumno _____

Proveedor de Salud _____ No. de Teléfono del Proveedor _____

Dentista _____ No. de Teléfono del Proveedor _____

¿Su hijo está entrenado para ir al baño? Sí, totalmente Sí, con ayuda de un adulto Sí, con recordatorio No, usa pañales o calzón desechable ¿Necesitará su hijo pañales en la escuela? Sí No

Estado de Salud

Los padres o tutores legales son responsables por proporcionar a la enfermera escolar los detalles completos del estado de salud o condición médica del estudiante.

<p>Por favor seleccione cualquier condición de salud existente y explique en el espacio</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Preocupaciones de lenguaje</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit de Atención <input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> Intestinal/ vejiga <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad articular en los huesos</p> <p><input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Emocional/ Conducta <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	<p>Su hijo/a usa:</p> <p><input type="checkbox"/> Lentes Reg./ contacto</p> <p><input type="checkbox"/> Otras preocupaciones visuales _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aparato para escuchar</p> <p><input type="checkbox"/> Otras preocupaciones del oído _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda psicológica</p> <p><input type="checkbox"/> Aparatos físicos o Prótesis (especifique)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>
---	--

Información para medicamentos

¿Toma su niño un medicamento con regularidad? Sí No Si sí, enliste el medicamento: _____

¿Con qué frecuencia lo toma? _____ En Casa: Sí No En la Escuela: Sí No

El contrato para la administración de medicamentos del estudiante en la escuela está disponible en la oficina de la escuela. Esta forma debe ser completada para cualquier medicamento que el estudiante tenga que tomar durante el horario escolar. Refiérase al manual de reglamento del estudiante para los detalles específicos.

Para que su niño pueda asistir a la escuela, los documentos de inmunización tienen que ser entregados a la oficina escolar antes del primer día de clases. Si el registro de inmunización no está completo, el estudiante DEBERÁ hacer una cita con la enfermera escolar o la persona designada antes de que la inscripción pueda ser completada.

Información de Seguro Médico

Medicaid/ Renuncia/Compañía de Seguro Médico del Estudiante _____ Grupo # _____ Póliza # _____

¿Este niño/a esta cubierto por Medicaid? Sí No # de MEDICAID _____

El Distrito Escolar 27J lo anima a que evalúe su propio seguro médico y de incapacidad para determinar si está totalmente cubierto para cualquier lesión que su hijo pueda tener mientras que él o ella este en la escuela o participa en las actividades escolares. POR FAVOR INFÓRMESE QUE EL DISTRITO ESCOLAR 27 J NO TIENE SEGURO MÉDICO PARA SU HIJO. De acuerdo al Acto de Inmunidad Gubernamental de Colorado, el distrito quizás no tenga seguro contra responsabilidad civil o solamente pueda tener seguro de responsabilidad limitada para las lesiones que puedan ocurrir en la escuela o durante las actividades escolares. Un Seguro Accidental Voluntario para el Estudiante está disponible para todos los estudiantes entre los grados de k-12. Las formas para solicitar el seguro accidental voluntario son distribuidas en la oficina principal de cada plantel.

Quiero el seguro de accidentes para el estudiante. No quiero el seguro de accidentes para el estudiante.

Firma _____ Fecha _____
(Firma del Padre o tutor legal del alumno) (mes, día, año)



Permiso para el Programa de Educación Preescolar

(Preschool Program Permission Form)

Nombre del Menor _____ Fecha de Hoy _____

Atención médica de emergencia

Por medio del presente doy permiso para que el personal escolar y de la preescolar llamen al médico para que mi hijo reciba cuidado de parte de éste si llegase a ocurrir una emergencia. Entiendo que se hará todo lo posible por localizar a mi conyugue o a mi antes de tomar esta acción, pero si no nos llegasen a localizar, este gasto es aceptado por nosotros.

Firma _____ Fecha: _____

Permiso para el transporte y viajes escolares

Autorizo que mi hijo(a) (nombre del niño) _____ viaje en los autobuses del Distrito Escolar 27J para participar en los viajes escolares supervisados por el programa de preescolar.

Firma _____ Fecha: _____

SÍ NO

Autorizo para que mi hijo use filtro solar o loción para las manos/cuerpo cuando participe en las actividades de preescolar.

SÍ NO

Entiendo que si mi hijo es aceptado en el programa de Preescolar en el Distrito Escolar 27J, el archivo de mi estudiante será transferido junto con el expediente acumulativo del mismo.

SÍ NO

Participación de los padres

Entiendo que habrá por lo menos una visita al hogar y/o conferencias a las que tengo que asistir con el maestro de preescolar de mi hijo.

SÍ NO

Colección de datos

Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado y grabado en video con el propósito de evaluar el crecimiento estudiantil y para obtener datos evaluativos de parte del maestro. Las fotos o videos **no** serán publicados.

SÍ NO

Colección de los datos

Entiendo que la información estadística no identificable será colectada por el programa de educación de preescolar y que esta información, reportes y aplicaciones podrán ser utilizados como un recurso estatal cuando sea apropiado.

Forma completada por: _____

Escriba el nombre con letra de molde

Firma

The purpose of this checklist is to determine the principle or native language of the student, or the language spoken in the home. In grades K-8, this checklist must be filled out by the parent or guardian. In grades 9-12, the student may fill out this checklist.

Student's Name _____

Grade _____ Birthdate _____

School _____

Parent or Guardian's Name _____

Address _____

1. Student's First Spoken Language _____

2. If your child currently speaks or understands a language other than English, what is the language?

3. Please describe the language spoken by your child. (Check only one):

- a. Speaks only the other language and no English.
- b. Speaks mostly the other language and some English
- c. Speaks the other language and English equally.
- d. Speaks mostly English and some of the other language.
- e. Speaks only English.

4. Please describe the language understood by your child. (Check only one):

- a. Understands only the other language and no English.
- b. Understands mostly the other language and some English.
- c. Understands the other language and English equally.
- d. Understands mostly English and some of the other language.
- e. Understands only English.

5. How often is a language other than English used in your home? (Check only one):

- a. Only the other language and no English.
- b. Other language more often than English.
- c. Other language and English equally.
- d. English more often than the other language.
- e. Only English.

6. In what language would you prefer all school notices and letters?

- English Spanish Other:(name) _____

_____ **Date**

_____ **Parent or Guardian's Signature**

Cuestionario de Lenguaje en el Hogar

El propósito de este cuestionario es para determinar el idioma principal o nativo de su estudiante, o el idioma que se habla en la hogar. En los grados de k-8, este cuestionario deberá de ser completado por el padre o tutor legal. Para los grados del 9 al 12, el estudiante puede llenar este cuestionario.

Nombre del Estudiante _____

Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____

Nombre del Padre o tutor legal _____

Domicilio _____

1. Idioma primario del estudiante (que habló primero)

2. Si su hijo actualmente habla o entiende otro idioma que no es el inglés ¿Cuál es el idioma? _____

3. Por favor describa el idioma que su hijo/a habla (marque solo uno)

- a. Solamente habla otro idioma y no el inglés.
- b. La mayor parte del tiempo habla otro idioma y un poco de inglés.
- c. Habla otro idioma e inglés igualmente.
- d. La mayor parte del tiempo habla inglés y un poco del otro idioma.
- e. Solamente entiende inglés.

4. Por favor describa el idioma que su hijo/a entiende. (Marque solo uno)

- a. Solamente entiende otro idioma y no el inglés.
- b. La mayor parte del tiempo entiende otro idioma y un poco de inglés.
- c. Entiende otro idioma y el inglés igualmente.
- d. La mayor parte del tiempo entiende inglés y un poco del otro idioma.
- e. Solamente entiende inglés.

5. ¿Qué frecuentemente se habla en su hogar el idioma que no es inglés? (marque uno)

- a. Otro idioma solamente y no el inglés.
- b. Otro idioma con más frecuencia que el inglés.
- c. El otro idioma y el inglés igualmente.
- d. Inglés más que el otro idioma.
- e. Solamente inglés.

6. ¿En qué idioma prefiere todos los avisos y cartas

- Inglés Español Otro (indíquelo)

_____ **Fecha**

_____ **Firma del Padre o tutor legal**



Encuesta para Educación de Migrantes (*Migrant Education Survey*)

¡Atención Padres! Usted y sus niños pueden ser elegibles para recibir servicios suplementarios. Si usted se ha mudado a esta área en el plazo de los tres años pasados con el intento a trabajar en agricultura o si usted ha trabajado en agricultura, usted puede ser elegibles para recibir servicios que incluyen la cuota de la escuela de verano para sus estudiantes, libros, consejería para los estudiantes de la escuela secundaria en preparación para la universidad, ayuda con el costo de servicios dentales y de la visión, e información sobre los recursos comunitarios disponibles para usted, incluyendo remisiones. Además, las escuelas pueden recibir el financiamiento adicional para proporcionar servicios más directos para los estudiantes en sus escuelas tales como almuerzo libre, personal bilingüe, materiales académicos, servicios de traducción, y más!

Por favor conteste las siguientes preguntas y devuelva esta hoja a la escuela lo más pronto posible. La información que nos dé será confidencial. Por favor llene **una** encuesta por cada familia.

Muchas gracias.

- ¿Tiene menos de 3 años viviendo en este distrito escolar? SÍ NO
- ¿Cuándo usted se mudó a este distrito escolar, ¿Fue su **razón principal** buscar trabajo en cualquier de las siguientes actividades? SÍ NO
Si su respuesta es sí, ¿cuál(es)?

- Semillas/ vegetales/ frutas
- Campos/ Ranchos/ Granja (Incluyendo lechería y césped)
- Matanza, empacadora de carne
- Aves de corral
- Invernaderos, viveros o florerías
- Huerta / hortaliza
- Forestación /árboles navideños

- Nombre de padres o tutores legales: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ # Apto.: _____
Ciudad: _____ Código: _____
Teléfono: _____ ¿A qué hora podemos llamar? _____

4. Por favor anote a todos los menores de 21 años que viven en su hogar:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Escuela

Regrese personalmente o envíe la forma a:

Anthony Espinoza
Migrant Advocate
Educational Service Center SD27J
303-655-2839