

Distrito Escolar de Tempe No. 3 • FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - EL NOMBRE COMO APARECE EN EL ACTA DE NACIMIENTO

Apellido(s) del Estudiante	Nombre del Estudiante	Segundo Nombre del Estudiante	Jr., III, IV, etc.	Grado	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	--------------------	-------	--

Origen Étnico (Marque SÓLO UNO) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano o Latino	Raza (Marque UNO o MÁS de lo siguiente) <input type="checkbox"/> Indioamericano o Alaskeño: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> TRIBU _____ <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco	¿En qué idioma prefiere la comunicación de la escuela al hogar? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--	---

Apellido que Usa el Estudiante (si es diferente al de arriba)	Nombre que Usa el Estudiante (si es diferente al de arriba)
---	---

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Edad	Ciudad de Nacimiento	Estado de Nacimiento	País de Nacimiento
-----------------------------------	------	----------------------	----------------------	--------------------

Nombre de la Escuela que Asistió Anteriormente	Fecha que se Dio de Baja	Dirección de la Escuela Anterior (Ciudad, Estado, Zona Postal, Teléfono)
--	--------------------------	--

¿Ha sido su niño un estudiante del Distrito Escolar de Tempe anteriormente, incluyendo preescolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está usted actualmente viviendo en transición (por ejemplo, refugio, motel, compartiendo habitación o en un lugar inadecuado para habitar?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

¿Existen documentos de la corte relacionados con la custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, debe proporcionar los documentos de la corte.	
---	--

PADRES/GUARDIÁNES - DEBEN SER GUARDIÁNES LEGALES - OTRAS PERSONAS SE PUEDEN INCLUIR COMO CONTACTOS DE EMERGENCIA ABAJO

PADRE/GUARDIÁN QUE VIVE CON EL ESTUDIANTE	Parentesco: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal (mostrar documento legal) <input type="checkbox"/> Hijo de Crianza <input type="checkbox"/> Hogar Grupal
--	--

Apellido	Teléfono Celular	Teléfono Adicional <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> del Hogar <input type="checkbox"/> del Trabajo
----------	------------------	---

Primer Nombre	Dirección de Correo Electrónico
---------------	---------------------------------

Dirección del Hogar (Incluir ciudad, estado y código postal)
--

Dirección Postal (si es diferente)

SEGUNDO PADRE/GUARDIÁN	Parentesco: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal (mostrar documento legal) <input type="checkbox"/> Hijo de Crianza <input type="checkbox"/> Hogar Grupal
-------------------------------	--

Apellido	Primer Nombre	Teléfono Celular	Teléfono Adicional <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> del Hogar <input type="checkbox"/> del Trabajo
----------	---------------	------------------	---

Dirección del Hogar (escriba IGUAL si es igual a la de arriba)	Dirección de Correo Electrónico
--	---------------------------------

Dirección Postal (si es diferente)

EN CASO DE EMERGENCIA: PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS QUE TIENEN PERMISO DE RECOGER AL ESTUDIANTE. EL ESTUDIANTE NO PODRÁ SER RECOGIDO POR NINGUNA PERSONA QUE NO ESTÉ INCLUIDA AQUÍ.

Primer Nombre y Apellido	Teléfono	Parentesco: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Otro:
--------------------------	----------	--

Primer Nombre y Apellido	Teléfono	Parentesco: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Otro:
--------------------------	----------	--

Primer Nombre y Apellido	Teléfono	Parentesco: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Otro:
--------------------------	----------	--

Primer Nombre y Apellido	Teléfono	Parentesco: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Otro:
--------------------------	----------	--

HISTORIAL DEL ESTUDIANTE (CONTESTAR TODO)

¿Ha participado su hijo en algunos de los siguientes programas? Sí No Si es sí, marque todos los que apliquen:

Educación Especial/IEP Niños Dotados Del Habla/Lenguaje Acomodo Sección 504 Otro _____

¿Hay reportes psicológicos de la escuela anterior del estudiante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Ha sido su niño expulsado de alguna otra institución educativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Está su niño actualmente en el proceso de ser expulsado de una escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Está su niño actualmente bajo una suspensión a largo plazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

FAVOR DE LISTAR A LOS HERMANOS/AS

Nombre y Apellido	Edad	Escuela
1. _____		
2. _____		
3. _____		

ES DE MI PLENO CONOCIMIENTO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA Y VERDADERA. (LA FALSIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN ES UNA FELONÍA DE CLASE 6 - A.R.S. § 13-2407). EL ESTUDIANTE SERÁ DADO DE BAJA POR INFORMACIÓN FALSA.

X
 Nombre y Firma del Padre de Familia/Guardián _____ Fecha _____

THIS SECTION FOR OFFICE USE ONLY

Proof of Birth	Entry Code	Enrollment Date	School Name
----------------	------------	-----------------	-------------

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Entered Into System By	Sp Ed	Date Entered Into System
--	------------------------	-------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Neighborhood School	TD3 ID#
--	--	--	---------------------	---------

			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
--	--	--	--	--

School Support: 101 144-062B-12/23



Arizona Department of Education
Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar *la mayoría* del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante *la mayoría* del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante *primero*?

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Distrito o Charter _____	Fecha _____
Escuela _____	

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.

In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 05-2023)



Departamento de Educación de Arizona
Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Charter _____

Padre/Guardián _____

Como el padre o guardián del estudiante, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestra mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ___ Licencia de conducir válida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ___ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- ___ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he provisto una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- ___ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)*

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documento verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuestos u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.



Estado de Arizona Declaración Jurada de Residencia Compartida

Nombre del Estudiante: _____ Nombre del Padre/Guardián: _____

Nombre de la Escuela: _____ Distrito Escolar: _____

Nombre del Residente de Arizona: _____

Yo, (nombre del residente de Arizona) _____ juro o afirmo que soy un residente del Estado de Arizona y que las siguientes personas viven conmigo en mi residencia, descrito de la siguiente manera:

Las personas que viven conmigo: _____

Ubicación de mi residencia: _____

Yo presento en apoyo de esta declaración una copia del siguiente documento que muestra mi nombre y dirección de residencia actual o descripción física de mi propiedad.

- ___ Licencia de conducir válida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas, cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ___ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.

Nombre impreso del declarante: _____

Firma del declarante: _____

Acknowledgement

State of Arizona, County of _____

The foregoing was acknowledged before me this ____ day of _____, 20____

By _____

My Commission expires: _____ Notary Public _____



CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Distrito Escolar de Tempe No. 3
3205 S. Rural Road • Tempe, Arizona 85282

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____	OFFICE USE ONLY / USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA
Edad _____ Grado _____	Student # _____

Mi niño/a tiene condiciones de salud especiales/diagnóstico médico/historial de salud. Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____

Mi niño/a es alérgico a ciertos alimentos, insectos, medicinas y/u otras cosas. Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____
 Si se utiliza un *EpiPen* o Inyector de Epinefrina, favor de traerlo a la oficina de salud.

Mi niño/a lleva y trae su propio medicamento de emergencia (inhalador/*EpiPen*/medicamentos diabéticos y equipo de monitoreo). Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____
 Si es así, el padre de familia deberá llenar un permiso anual para su auto-administración.

Mi niño/a está tomando medicamentos con regularidad o recibe tratamientos médicos regulares. Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____

Mi niño/a usa anteojos, lentes de contacto y/o tiene otros problemas de visión. Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____

Mi niño/a tiene actualmente dificultades de audición y/o usa auxiliares auditivos/implante(s) coclear(es). Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____

Mi niño/a ha experimentado las siguientes cirugías, enfermedades graves o accidentes durante el pasado año: Sí No
 Si la respuesta es Sí, favor de explicar: _____

- Entiendo que si mi niño/a necesita medicamentos u otros servicios de salud en la escuela, tengo que hacer arreglos con la oficina de salud escolar. Todos los medicamentos deben guardarse con la enfermera escolar, a menos que la enfermera haya aprobado alguna excepción (por ejemplo, *EpiPen*, inhalador, insulina, glucagón).
- Entiendo que si mi niño/a necesita una modificación de la dieta y el seguimiento debido a una condición médica, debo comunicarme con el Depto. de Servicios de Nutrición, al 480-642-1541.
- Entiendo que el Distrito de Escuelas Primarias y Secundarias de Tempe no proporciona cobertura médica/dental de accidentes para estudiantes con lesiones/enfermedades que ocurren en la escuela. Entiendo que puedo adquirir voluntariamente un plan de seguro de accidentes para el estudiante.
- Entiendo que en caso de una lesión o enfermedad grave, se llevará a mi niño/a al hospital más cercano en ambulancia si es necesario, y el cuidado de emergencias se proporcionará allí hasta que me puedan contactar. Entiendo que cualquier gasto o transporte de emergencia y/o tratamiento deberán ser de mi exclusiva responsabilidad.
- Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar a la escuela cualquier cambio de información personal o de contacto de emergencia que se efectúen durante el año escolar.

Nombre(s) del Padre de Familia/Guardián – *con letra de molde* Parentesco con el Niño/a

Firma del Padre de Familia/Guardián Fecha rev 12/20

ED 506 Form
Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child _____ Date of Birth _____ Grade level _____

Name of School _____ School District _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (select only one): ___child ___child's parent ___child's grandparent

If the individual with Tribal membership is **not** the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name and address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name _____ Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

The Tribe or Band is (select only one):

- Federally Recognized Tribe
- State Recognized Tribe
- Terminated Tribe
- Alaska Native
- Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is:

- Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian _____ Signature _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number _____ Email _____ Date _____

For Parent/Guardians:

Definitions:

Indian means an individual who is (1) A member of an Indian Tribe or Band, as membership is defined by the Indian Tribe or Band, including any Tribe or Band terminated since 1940, and any Tribe or Band recognized by the State in which the Tribe or Band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, Aleut, or other Alaska Native; or (5) A member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect on October 19, 1994.

Student Information: Write the name of the child, date of birth, grade level, name of school and school district. Only name one child per form.

Tribal Membership: Write the name of the individual with the tribal membership, if it is not the child listed. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one identifier: the child, child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such Tribe or Band of Indians. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally recognized Tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the Tribe. Check only one box indicated whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. Write the enrollment number establishing the membership for the child, parent or grandparent, if readily available, or other evidence of membership.

Attestation Statement: Provide the printed name of parent/guardian and signature, address, phone number and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

Paperwork Burden Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W238, Washington, D.C. 20202-6335

Johnson O'Malley (JOM)

INDIAN STUDENT ENROLLMENT CERTIFICATION OF ELIGIBILITY UNDER P.I. 93.638 CRF 273.18 (K). (1)

LAST NAME	FIRST NAME	INITIAL	DATE OF BIRTH	GRADE	SCHOOL

The student (s) listed above are ¼ or more degree Indian Blood.

Yes No I don't know

Are the student (s) listed above members of a federally recognized tribe?

Yes No I don't know

Tribal Affiliation of	Name of Tribe	Tribal ID Number
Student (s)		
Parent/Legal Guardian		

My signature certifies that the information given is correct and verifies eligibility.

Print Name and Address of Parent/Legal Guardian 	Signature of Parent/Legal Guardian (Signature of Student if 18 years old) Date:
---	--

DO NOT FILL IN BELOW (Space is reserved for the Indian Education Committee)

The above information has been reviewed by the Parent Committee and certifies that the student (s) listed above are:

Eligible to receive JOM program services Yes No

Type/Print Name of Indian Education Committee Member Reviewee 	Signature of Indian Education Committee Member Date:
---	---

Instructions

To apply for an entitlement grant under Public Law 93-638, Johnson O'Malley, CFR 25, the Indian Education program applicant must determine the number of eligible American Indian students to be enrolled.

Items 1-4 allows the parent one form for all students in the family/household.

Item 5 provides certification of eligibility by the parent/legal guardian signature.

Items 6-7 are reserved for the Indian Education Committee, who must certify with the applicant the total number of eligible children that are qualified to participate in the program.

Johnson O'Malley, CFR 25, 278.12 Eligible students states:

- Age 3 years through grade(s) 12
- One-fourth (1/4) or more degree American Indian blood.
- Recognized by the Secretary of the Interior as being eligible for Bureau Of Indian Affairs services

You are not required to submit this form. However, if you choose not to submit it, your child cannot be counted for entitlement funding under Johnson O'Malley, CFR 25.



Ayudamos a todos los niños a tener éxito ¿Tiene inquietudes acerca del desarrollo o progreso de su hijo en la escuela?

¿Qué es Child Find?

Child Find (Identificación de Niños) es parte de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act) de 2004 (IDEA 2004) que exige que los estados *localicen*, *identifiquen* y *evalúen* a todos los niños con discapacidades, desde **el nacimiento hasta los 21 años**, que necesiten intervención temprana o servicios de educación especial. Esto incluye a los niños que no residan en lugar fijo, como los niños inmigrantes o desamparados, niños que parecen tener una discapacidad a pesar de que pasen de grado, alumnos de escuelas privadas y niños educados en el hogar.

La iniciativa de identificación de niños de Arizona se conoce como AZ FIND.

Servicios de desarrollo y de educación para niños desde el nacimiento hasta los 21 años

Algunos niños tienen más dificultad que otros para aprender. Pueden tener problemas para alcanzar metas en una o más de las siguientes áreas de desarrollo y de educación:

- Visión y audición
- Control o coordinación de la motricidad
- Habilidades de comportamiento o sociales
- Habla y habilidades de comunicación
- Habilidades cognitivas o académicas

La derivación a intervención temprana o servicios de educación especial puede venir de parte del padre o la madre, el tutor, el padre o la madre de familia de acogida, un maestro, un consejero o del alumno que tiene dificultad para aprender. Cuanto antes manifieste sus preocupaciones, más pronto se identificarán las necesidades de su hijo y recibirá la ayuda que necesita para tener éxito.

Asistencia para bebés y niños pequeños

Los niños desde **el nacimiento hasta los 2 años, 10 meses y medio** se evalúan mediante el Programa de Intervención Temprana de Arizona (Arizona Early Intervention Program, AzEIP) para determinar si son necesarios los servicios de intervención. La intervención temprana reúne a profesionales que trabajan en colaboración con los padres y las familias de los niños con necesidades especiales para apoyar el crecimiento, desarrollo y aprendizaje de los bebés y los niños pequeños. Si tiene preguntas acerca del desarrollo de su hijo, un especialista de AzEIP lo asistirá con sus preocupaciones y observará a su hijo. Si se determina que su hijo es elegible, se diseñará un plan que incluya estrategias, actividades y apoyo para lograr los resultados deseados de acuerdo con las necesidades de su hijo. Haga una derivación en línea en www.azed.gov/azeip. Para obtener mayor información, llame al (602) 532-9960.

Asistencia para niños en edad preescolar y escolar

Su distrito escolar local o la escuela autónoma a la que asiste su hijo (para niños en edad escolar), evalúa a los niños desde **los 2 años, 10 meses y medio hasta los 21 años de edad**. Las escuelas públicas utilizan un proceso informal para evaluar el desarrollo y progreso académico de su hijo.

- La evaluación debe ser completada dentro de los 45 días naturales a partir de la fecha en que usted le comunica sus inquietudes a la escuela.
- Cuando se identifica un motivo de preocupación a través de los procedimientos de evaluación, usted debe recibir la notificación correspondiente dentro de 10 días escolares e información acerca de los procedimientos para realizar un seguimiento de las necesidades de su hijo. Por ejemplo:
 - Es posible que deriven a su hijo al equipo de estudio de la escuela para servicios previos a la intervención; o
 - Si los resultados de la evaluación indican que su hijo puede tener una discapacidad, será necesario realizar una evaluación exhaustiva para determinar si su hijo es elegible para recibir servicios de educación especial y otros servicios relacionados. Un equipo del que usted será parte se reunirá para comenzar el proceso.

La evaluación es gratuita. Toda la información que contiene la evaluación es confidencial.

Comuníquese con su distrito escolar local o la escuela autónoma a la que asiste su hijo. Comuníquese con su distrito escolar local o la escuela autónoma a la que asiste su hijo. Si su hijo asiste a una escuela privada, comuníquese con el director del distrito escolar al que pertenece la escuela. Para los niños que son educados en el hogar, comuníquese con el departamento de educación especial en el distrito escolar de residencia.

¡Participe!

La participación de la familia tiene un efecto positivo en el éxito académico y el desarrollo emocional de su hijo.

- Fije altas expectativas y metas.
- Comuníquese con frecuencia con los maestros para controlar los logros de su hijo.
- Solicite ideas y material para ayudar a su hijo a aprender en casa.
- Recompense el progreso y celebre los logros.
- Ofrezcase como voluntario para las actividades de clase y de la escuela.
- Asista a los eventos comunitarios y talleres que fomenten el aprendizaje y el crecimiento social.



INFORMACIÓN PARA LOS PADRES



SI SU FAMILIA VIVE EN CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES:

En un albergue



En un motel o un sitio para acampar debido a la falta de una alternativa adecuada



En un parque, un edificio abandonado, o una estación de trenes o de autobuses



Compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su casa
o a una dificultad económica

Sus hijos de edad escolar podrían calificar para recibir ciertos derechos y protecciones bajo la ley federal McKinney-Vento.

Sus hijos elegibles tienen derecho a:

- Recibir una educación pública gratuita y apropiada.
- Inscribirse en la escuela inmediatamente, aunque falten documentos normalmente requeridos para la inscripción.
- Inscribirse y asistir a clases mientras que la escuela obtiene los documentos necesarios.
- Inscribirse en la escuela local; o continuar asistiendo a la escuela de origen (la escuela a la cual su hijo asistió cuando tenía una residencia permanente, o la última escuela en la cual estaba inscrito), si esto es su preferencia y es factible.

* Si el distrito escolar cree que la escuela escogida por usted no es la mejor para sus hijos, el distrito tiene que darle a usted una explicación escrita de su posición e informarle de su derecho de apelar su decisión.

- Recibir transporte a/de la escuela de origen, si usted lo pide.
- Recibir servicios educacionales comparables a los que están provistos para otros estudiantes, según las necesidades de sus hijos.

Si usted cree que sus hijos podrían ser elegibles, contacte al oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar de su distrito escolar para averiguar los servicios y ayudas que podrían estar disponibles. También puede haber apoyo disponible para sus hijos de edad preescolar.



Oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar
Alexis Saspe - Tempe Elementary
(480) 730-7482

Coordinador estatal
homeless@azed.gov - (602) 542-4963

Si usted necesita ayuda adicional con las necesidades educacionales de sus hijos, contacte al Centro Nacional de Educación para los Niños y Jóvenes sin Hogar:
1-800-308-2145 * homeless@serve.org * www.serve.org/nche



AUTHORIZATION FOR REQUEST/RELEASE OF STUDENT RECORDS
AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR/LIBERAR LOS EXPEDIENTES ESCOLARES DEL ESTUDIANTE

STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Last Name / Apellidos:		First Name / Nombre:	Middle Name / Segundo Nombre:
Date of Birth / Fecha de Nacimiento:	Current Grade / Grado:	SAIS#:	

LAST SCHOOL ATTENDED/STUDENT COMING FROM / ÚLTIMA ESCUELA QUE ASISTIÓ O DE DÓNDE VIENE EL ESTUDIANTE:

FROM / DE	School Name / Nombre de la Escuela:	School District Name / Nombre del Distrito:
	Phone Number / No. de Teléfono:	Fax Number / No. de Fax:
	School Address / Dirección de la Escuela:	Last Date Attended/Date Withdrawn / Último día que asistió o que se dio de baja:

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION AUTORIZACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA O GUARDIÁN:

I hereby authorize the release of my child's information, including all student records indicated below, from the school mentioned above to Tempe Elementary School District #3, as requested below.
Autorizo la liberación de la información de mi hijo, incluyendo todos los documentos indicados abajo, de la escuela mencionada arriba al Distrito Escolar de Tempe No. 3, de acuerdo a lo solicitado abajo.

Parent/Guardian's Name / Nombre del Padre:	Signature / Firma:	Date / Fecha:
--	--------------------	---------------

SEND RECORDS TO RECEIVING SCHOOL/STUDENT NOW ENROLLING AT / LOS ARCHIVOS SE ENVIARÁN A:

TO / PARA	School Name / Nombre de la Escuela:	Tempe Elementary School District #3 <i>Distrito Escolar de Tempe No. 3</i>
	School Address / Dirección:	
	Phone Number / No. de Tel.:	Fax Number / No. de Fax:

In order to assist in the provision of an appropriate educational program and in accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 and Arizona State law, you are hereby notified that Tempe Elementary School District #3 is requesting the following records from the student's former school. Written consent of the parent/guardian is not required to release educational records to officials of other schools. Records may not be disclosed to a third party except as specified by District policy.

RECORDS BEING REQUESTED:

THIS SECTION FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA		
<input type="checkbox"/> All Records <input type="checkbox"/> Most Recent Report Card <input type="checkbox"/> All Report Cards <input type="checkbox"/> Standardized Test Results <input type="checkbox"/> Enrollment Verification/History <input type="checkbox"/> Attendance <input type="checkbox"/> Immunizations <input type="checkbox"/> Health Records <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Behavioral/Disciplinary <input type="checkbox"/> SPED/IEP Records <input type="checkbox"/> Other _____		
Please send records by:		
<input type="checkbox"/> U.S. Mail (school name and address provided above) <input type="checkbox"/> Fax (school name and fax number provided above) <input type="checkbox"/> Email to _____ <input type="checkbox"/> Other _____		
1 st Request:	2 nd Request:	3 rd Request:
Received:	Filed in CUM:	TD3 Student ID#: