

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

<u>NOMBRE</u>	<u>DIRECCIÓN</u>	<u>RELACIÓN</u>

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA: TELÉFONO: ()

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuída a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____



Georgia Department of Early Care and Learning

Forma de Información de Lista de Espera

Por favor escriba claramente — Imprima el nombre como aparece en el acta de nacimiento

Apellido del Niño											
Nombre(s)											
Segundo Nombre (Inicial)											
Ultimos 4 Dígitos del Seguro Social (opcional)				Fecha de Nacimiento				Sexo			
				Mes / Día /		Año		<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F	
Domicilio			Ciudad			Estado			Código Postal		
GA											
Condado de Residencia						Fecha que Comenzo la Lista de Espera					
						Mes / Día /		Año			
Nombre de los Padres/Tutor						Número de Teléfono					
						(-			

Entiendo que la información de esta hoja será enviada al programa “*Bright from the Start: Georgia Department of Early Care and Learning*” (Brillante desde el Inicio: Departamento de Ciudadado y Aprendizaje Infantil).

Nombre de los Padres/Tutor

Fecha

School Yr 12-13 Grade Pre-K School _____ Race/Eth _____ Hisp: Y N / AI As B W NH
 Residence: P W R O Affidavit PRZ: Y N Custody/Non-Parent Kinder: BC SS IM EED

Información de Estudiante

Nombre de Estudiante: _____
 (Apellido) (Primer) (Medio)

Dirección: _____ Apt/Lot# _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo (si diferente): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Donde Nació: _____ Seguro Social # _____

Sexo (circule uno): Masculino o Femenino

Informacion de vivienda

¿Con quien vive el estudiante?: Ambos Padres Madre Padre Guardian Otro

Teléfono de la casa: _____

Circule uno

Madre/Madrastra/Guardián Nombre: _____

Número de Trabajo: _____ Empleado: _____

Celular: _____ Email: _____

Circule uno

Padre/Padrastro/Guardián Nombre: _____

Número de Trabajo: _____ Empleado: _____

Celular: _____ Email: _____

Hermanos o hermanas en la escuela que viven en la casa:

<u>Nombre</u>	<u>Relación al estudiante</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Information de Transportation

Transporte por la mañana: Coche Bus Caminar
 Transporte por la tarde: Coche Bus Caminar

Programas Especial

¿El estudiante ha recibido servicios para educación especial como educación especial, Lingüista, IEP, SST/504?
 Si No El estudiante tiene un IEP? Yes No

Lista los servicios: _____

¿El estudiante necesita cuidado después de la escuela? Si No

Formulario Para Identificar la Raza y Etnicidad del Estudiante

Escuela _____

A los Padres/Guardianes:

Por favor completen las Partes 1, 2 y 3, sombreando completamente el círculo que corresponda a sus respuestas.

Estudiante _____

Nombre

Grado

Parte 1: Designación de Ethnicidad

Instrucciones: Lea la siguiente definición y sombree completamente el círculo que indique la herencia de este estudiante.

¿Es este estudiante Hispano o Latino? (Seleccione una respuesta.)

Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano, sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza, se considera hispano o latino.

Sí No

Parte 2: Denominación de Raza

Instrucciones: Lea las siguientes descripciones y sombree completamente el círculo o círculos que indiquen la raza de este estudiante. Usted debe seleccionar por lo menos una raza, sin tener en cuenta denominación étnica. Se puede marcar más de una respuesta.

Indique la raza del estudiante. (Seleccione todo lo que aplica.)

- American Indian or Alaska Native (Indio Americano o Nativo de Alaska):** Una persona con orígenes provenientes de cualquier grupo de personas originarias de América del Norte o América del Sur (incluyendo México), y que mantiene una afiliación con una tribu o vínculo comunitario con la raza.
- Asian (Asiático):** Una persona con orígenes provenientes de cualquier grupo del Lejano Oriente, del Sudeste Asiático o del subcontinente Índico, incluyendo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Black or African American (Negro o Afroamericano):** Una persona con orígenes provenientes de cualquier grupo racial Negro del continente de África.
- White (Blanco):** Una persona con orígenes provenientes de cualquier población originaria de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Nativo de Hawai u Otro Isleño del Pacífico):** Una persona con orígenes provenientes de cualquier población originaria de Hawai, Guam, Samoa u otra Isla del Pacífico.

Parte 3: Confirmando que la información proporcionada en este formulario es correcta.

Firma, Padre/Guardiane

Fecha

Si esta forma esta incompleta o no la regresa, nosotros somos requeridos por el Departamento de Educación a reportar la raza/ethnicidad designada por observación.

Home Language Survey Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

Student Name _____ School _____
Nombre del Estudiante Escuela

Date Student first entered U.S. Schools _____
Fecha de la primera inscripción del estudiante a las escuelas de los Estados Unidos.

1. What was the language the student first learned to speak? _____
¿Cuál fue el idioma que el estudiante aprendió hablar primero?

2. What language does the student speak at home? _____
¿Cuál idioma se habla en el hogar del estudiante?

3. What language does the student speak most often? _____
¿Cuál idioma habla el estudiante más seguido?

Has the student received English to Speakers of Other Languages services before? _____
¿El estudiante ha recibido instrucción de Inglés Para Parlantes de Otros Idiomas (ESL/ESOL)?

If yes, Name & location of school _____
Si ha recibido tal instrucción, favor de escribir el nombre y la dirección de la escuela donde la recibió.

Parent Signature: _____ Date: _____
Firma del los padres Fecha

***** NOTE:** If the answer to any of the above questions is a language other than English, your child may qualify for the English of Other Languages (ESOL) Program after being administered a test for English language proficiency.

*****NOTA:** Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es otro idioma que no sea inglés, su hijo(a) puede calificar para el Programa de Inglés para Parlantes de Otros Idiomas (ESOL), después que se le haya administrado un examen de suficiencia en sus conocimientos del inglés.



Dr. John D. Barge, State School Superintendent

School District: _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Por favor llene este formulario para determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del Programa de Título I, Parte C

¿Ustedes se han movido para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No

Si su respuesta es “Sí”, ¿en qué fecha llegaron a la ciudad/pueblo donde viven actualmente? _____

¿Alguien de su familia trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar, en una de las siguientes actividades en forma permanente o temporal o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? (Marque todos los que apliquen)

1) Agricultura; plantando/cosechando vegetales o frutas como tomates, calabazas, uvas, cebollas, fresas, arándanos, etc.

2) Plantando o cortando árboles/juntando agujas de pino (*pine straw*)

3) Procesando /empacando productos agrícolas

4) Lechería o ganadería

5) Empacadoras o procesadoras de carne/pollo o mariscos

6) Pescando o criando pescado

7) Otra actividad. (Por Favor especifique en cuál): _____

Nombre de los Estudiantes

Nombre de la Escuela

Grado

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias!

Por favor regrese este formulario a la escuela

Las respuestas a este formulario van a ayudar a determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del programa de Título I, Parte C.

Note for the school/district: when **both** (Yes) “Si” **and** one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student’s records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to Migrant Education Agency (MEA) serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEA serving your district: Region 1 – Live Oak MEA (Brooklet) 1- 800-621-5217; Fax (912) 842-5440 Region 2 – Southern Pine MEA (Lenox and Bainbridge) 1-866-505-3182; Fax (229) 546-3251 Region 3 – Piedmont MEA (Atlanta) 1-800-648-0892; Fax (706) 359-5940

“Making Education Work for All Georgians”

Cuestionario de Residencia para Estudiantes

Nombre de la Escuela _____ Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: M o F
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ # de Seguro Social: _____
Mes Día Año (o número de identificación escolar)

El propósito de este cuestionario es presentar los objetivos del Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas a estas preguntas ayudarán determinar los servicios que el estudiante debe recibir.

1. ¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal (de poca duración)? _____ Si _____ No
2. ¿Usted ha perdido su vivienda debido a un problema económico o otras dificultades (des alojo, fuego, o otra emergencia)? _____ Si _____ No

**Si usted contestó SI a estas preguntas, por favor complete el resto de este formulario..
Si usted contestó NO a estas preguntas, por favor firma abajo.**

¿Dónde se encuentra viviendo el estudiante actualmente? (Marque una opción))

- En un motel _____
- En un albergue o lugar de refugio _____
- Con más de una familia en una casa o apartamento
- Moviéndose de lugar en lugar
- En un lugar generalmente no designado para dormir (ejemplo: carro, parque, o campamento)
- Puesto en cuidado o custodia del estado _____
- Otra: _____

Nombre del Padre/ Madre/ Guardián _____
Dirección _____ Zona Postal _____
Teléfono: _____ Otra Teléfono: _____

Otros niños (de bebé hasta los diez y siete años) que vivan con el estudiante:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre de la escuela o la guardería
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Presentar información falsa o la falsificación de documentos para uso escolar son ofensas bajo OCGA 16-10-20.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

Uso de oficina

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

Date

McKinney-Vento Liaison Signature