



Número de Aplicación: _____
 Time: _____ Date: _____
 Uso de La Oficina Solamente

ESCUELA SECUNDARIA SEMINOLE HEIGHTS CHARTER

Escuela Pública Chárter con Matrícula Gratuita

La Escuela Secundaria Seminole Heights Charter High School, una secundaria de la Florida con un aprendizaje acelerado, está dedicada a cambiar y salvar vidas y “crear historias de éxito, un estudiante a la vez” convirtiéndolos en ciudadanos productivos y personas que aprenden de por vida mediante un plan de estudio integrado, apoyado por la tecnología, riguroso y relevante que se ajusta a las necesidades individuales de los estudiantes que, de otra manera, podrían abandonar sus estudios.

De conformidad con el Estatuto de Florida 1002.31, la inscripción en esta escuela está abierta a los estudiantes que residen en cualquier distrito escolar de Florida que no están sujetos a una expulsión o suspensión actual a menos que la escuela haya alcanzado su capacidad de inscripción.

Solicitud de inscripción

Nombre del estudiante (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha

Por favor, marquen la sesión a la que prefieren asistir.

Sesión de la mañana – 7:00 a.m. – 12:00 p.m.

Sesión de la tarde – 12:30 p.m. – 5:30 p.m.

Por favor, comprueba cómo te enteraste de nosotros?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un estudiante actual o anterior | <input type="checkbox"/> Medios de comunicación social | <input type="checkbox"/> Mi escuela actual | <input type="checkbox"/> Radio/Streaming Audio |
| <input type="checkbox"/> Folleto / Postal | <input type="checkbox"/> Sitio web de FinishSchool | <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> YouTube |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda de Google / Anuncio de Google | | <input type="checkbox"/> Evento comunitario | <input type="checkbox"/> Signo de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Edad del estudiante _____

¿Trabaja? Sí _____
 No _____

¿Dónde?

¿Trabaja como voluntario?
 Sí _____ No _____

¿Dónde?

Solo uso de oficina:

___ Fecha que se recibió la aplicación
 ___ Entrado en STARS
 ___ Acta de nacimiento/Pasaporte*
 ___ Identificación de estudiante/padre/guardián*
 ___ Vacunas*
 ___ Físico médico, si es aplicable*
 ___ Prueba de dirección*
 ___ Formulario de retiro
 ___ Transcripciones escolares
 ___ Informe detallado del alumno
 ___ IEP ___ 504 Plan
 ___ ESOL
 ___ Tarjeta de Seguro de Salud
 ___ Map Quest

*Necesario

Formularios de Matrícula del Estudiante

PARTE 1: Información demográfica

Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número del estudiante: _____ Grado: _____

Raza: _____ Género: M o F Cel. del estudiante (_____) _____

Dirección del estudiante: _____ # de apto: _____

Ciudad: _____ Estado: FL Código postal: _____

Dirección de correo electrónico del estudiante: _____

Traslado de (escuela a la que asistía): _____ Distrito Escolar: _____

Otras escuelas a las que asistió: _____ Lengua materna: _____

INFORMACION SOBRE LA PERSONA PRINCIPAL CON QUIEN COMUNICARSE

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Parentesco con el estudiante: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____ # de apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: (____) _____ # del trabajo: (____) _____ # de celular: (____) _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Parentesco con el estudiante: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____ # de apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: (____) _____ # del trabajo: (____) _____ # de celular: (____) _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Además de la información sobre el tutor, solamente las siguientes personas están autorizadas para dejar y recoger al estudiante en la escuela:

1. Nombre _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
2. Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
3. Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Por favor, denos el nombre de cualquier persona que tiene legalmente prohibido comunicarse con el estudiante:

1. Nombre(s): _____ Parentesco: _____
2. Nombre(s): _____ Parentesco: _____

CONSENTIMIENTO PARA MATRICULARSE Y DIVULGAR REGISTROS

Por la presente, doy mi consentimiento para que mi hijo se matricule en la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter y doy mi permiso y le indico al Distrito Escolar del Condado de Palm Beach que le entregue a la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter todos y cada uno de los expedientes educacionales, incluyendo los académicos, de disciplina y de salud de este estudiante. La Escuela Secundaria Seminole Heights Charter es una alternativa educacional que enfatiza la asociación con los padres en una ubicación voluntaria para el servicio académico del progreso y los logros de mi hijo en la escuela. También entiendo que como padre tengo el derecho a solicitar que se revise la ubicación y pedir una revisión para evaluar los servicios que se ofrecen en otra Escuela Secundaria Seminole Heights Charter : cursos avanzados, educación vocacional, educación excepcional, oferta de trabajo en la escuela y ubicaciones alternativas. Doy fe de que toda la información proporcionada en el Paquete de inscripción de estudiantes es precisa y veraz.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ Firma del estudiante: _____

PARTE 2: Autorización de los padres o tutores

Nombre del estudiante: _____

AUTORIZACIÓN PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Por la presente otorgo permiso para que ALS Education y North Gardens High School reproduzcan, divulguen y publiquen todos los anuncios en los medios, historias de éxito para incluir el progreso académico y personal logrado, incluidas fotografías, entrevistas, grabaciones audiovisuales o de sonido de este estudiante. Mientras asistía a la preparatoria North Gardens.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ **Firma del estudiante:** _____

AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADO EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de un accidente u otra emergencia, cuando los padres o tutores no están disponibles, por la presente autorizo a un representante de la escuela para que haga los arreglos según se considere necesario con el fin de que mi hijo reciba cuidado médico u hospitalización, incluyendo el transporte necesario. Bajo tales circunstancias, además autorizo al médico mencionado a continuación para darle dicho cuidado y tratamiento a mi hijo según se considere necesario. En caso de que el médico no esté disponible, doy permiso para que reciba cuidado o tratamiento por parte de cualquier médico que tenga licencia. El suscrito está de acuerdo en asumir todos los gastos que resulten de lo anterior.

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Número de identificación médica del niño (si aplica): _____ Alergias: _____

Nombre de uno de los padres o tutores legales (letra de molde): _____

Nombre de uno de los padres o tutores legales (firma): _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR REGISTROS

La escuela mantiene todos los expedientes educacionales de los estudiantes según la Ley de Educación y Derecho de Privacidad de la Familia, (U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99) y los divulga según lo permite la misma. Cierta información sobre los estudiantes de la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter se considera información de directorio y se divulgará a cualquiera que siga los procedimientos para solicitarlo, a menos que los padres pongan alguna objeción por escrito a la divulgación de cualquier o toda la información de directorio sobre el estudiante. La información de directorio incluye: nombre del estudiante, dirección, número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento, fotografía y la participación en actividades y deportes oficialmente reconocidas, peso y estatura de los miembros de los equipos atléticos, fechas de asistencia, premios que ha recibido en la escuela y las escuelas más recientes a las que ha asistido. El suscrito entiende y acepta que cualquier objeción a la divulgación de la información de directorio tiene que hacerse ante la escuela por escrito dentro de diez días después de que los padres reciban esta nota.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ **Firma del estudiante:** _____

ACUSE DE RECIBO Y REVISIÓN DEL MANUAL PARA LOS ESTUDIANTES Y SUS PADRES DE La Escuela Secundaria Seminole Heights Charter

Entendemos y aprobamos las responsabilidades que se estipulan en el *Manual para los Estudiantes y sus Padres de la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter* y El *Código de Conducta del Estudiante del Distrito*. También entendemos y aceptamos que el estudiante deberá ser responsable por el comportamiento y sus consecuencias como se estipula en *Manual para el Estudiante y sus Padres* y el *Código de Conducta del Estudiante del Distrito* en actividades en la escuela y en las patrocinadas y relacionadas con la escuela (incluyendo viajes patrocinados por la escuela) y por cualquier mala conducta relacionada con la escuela, sin importar la hora o el lugar.

Además, como padre o tutor legal del estudiante menor de edad que firma a continuación, doy permiso para que mi hijo o hija tenga acceso a computadoras con servicios de la red tales como correo electrónico e Internet. Ésta se usará con propósitos educacionales, actividades académicas, desarrollo de carreras y actividades limitadas de auto descubrimiento de alta calidad. El acceso al correo electrónico y al chat será bajo la supervisión directa de su profesor para propósitos de instrucción específicos según lo designe la escuela. A los estudiantes no se les permitirá establecer cuentas de correo electrónico o comprar productos o servicios a través de Internet. Entiendo que los individuos y las familias pueden ser responsables por violaciones.

Hemos recibido, leído y entendemos el *Manual para los Estudiantes y Padres* de la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter y el *Código de Conducta del Estudiante del Distrito*.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ **Firma del estudiante:** _____

PARTE 3: Formulario de consentimiento de búsqueda, política de autobuses y NCAA

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE REQUISA

La Escuela Secundaria Seminole Heights Charter tiene como norma la prohibición del uso, posesión, encubrimiento, transporte o distribución de artículos ilegales o no autorizados, incluyendo, pero no limitándose a, drogas ilegales, drogas de imitación y parafernalia de drogas, tabaco, encendedores, fósforos, bebidas alcohólicas, armas, municiones y/o propiedad robada, mientras entran, estén o salen de los terrenos de la escuela o asisten a funciones o actividades patrocinadas por la escuela.

Para la protección de los estudiantes, profesores y empleados de la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter, pueda que se requiera que el estudiante sea sometido a una requisita de su cuerpo, efectos personales, vehículo, pertenencias y cualquier otro artículo por parte de los funcionarios de la escuela u otro representante autorizado.

Su firma a continuación constituye su consentimiento para la requisita de su hijo, de sus efectos personales, vehículo, y/o pertenencias o artículos.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ Firma del estudiante: _____

COBERTURA DE AUTOBUS

Los estudiantes elegibles que están matriculados en la escuela se les darán un pase de autobús en y durante todo el período de inscripción. Un estudiante es elegible para servicios de pases de transporte / autobús que residen dos o más millas de distancia de la escuela. Los pases se pueden comprar con la autoridad local de transporte para todos los estudiantes elegibles.

El estudiante recibirá la ayuda, si es necesario, durante la sesión de orientación para identificar la parada de autobús más cercana y el número de buses que el estudiante tendrá que viajar para ir y volver de la escuela. El alumno será el único responsable de su / su pases de autobús en todo momento. La escuela no vuelve a emitir pases de autobús debido a la pérdida, daño o uso inadecuado.

Los horarios de las rutas de autobús (transporte público) no siempre se alinean perfectamente con los horarios escolares. Se espera que los estudiantes estén presentes en clase durante la duración de su sesión asignada por un total de 5 horas. Los estudiantes deben permanecer en el campus y en clase mientras esperan el próximo autobús. Si los estudiantes deciden abandonar la escuela prematuramente, tenga en cuenta que un retiro temprano y excesivo puede poner en peligro el progreso académico y la continuación del programa.

Mi hijo/a tiene permiso para tomar el transporte público hacia y / o desde la escuela: Si / No

Mi hijo/a tiene permiso para caminar hacia y / o desde la escuela: Si / No

- ¿Cómo hará su hijo/a para llegar a / desde la escuela? Pase de autobús Pase de autobús / Conductor
- Autobús / Padres recogen a los estudiantes Autobús / ferrocarril Conductor
- Padres recogen a los estudiantes Padres recogen / Conductor Caminar - andar en bicicleta

Firma de uno de los padres o tutores: _____ Firma del estudiante: _____

NATIONAL COLLEGIATE ATHLETIC ASSOCIATION

Seminole Heights Charter High School está acreditada por la Corporación de Sistemas de Acreditación Avanzados de la Asociación Sureña de Colegios y Escuelas, y actualmente está buscando la NCAA elegibilidad. Este documento es para notificar al padre / tutor y al estudiante que aunque Seminole Heights Charter High School está en el proceso de solicitud de elegibilidad la NCAA no cuenta actualmente con dicha condición. Por lo tanto, los estudiantes que pueden buscar la División I, División II, o III División de becas no pueden ser elegibles en este momento.

Al firmar a continuación, certifico que entiendo esta política relacionada con la NCAA elegibilidad y deseo continuar con el proceso de inscripción.

_____ El estudiante NO buscará oportunidades de becas deportivas universitarias.

_____ El estudiante puede estar buscando oportunidades de becas deportivas universitarias.

Al firmar a continuación, certifico que entiendo las implicaciones de elegibilidad de la NCAA y aún deseo continuar con el proceso de inscripción.

Firma de uno de los padres o tutores: _____ Firma del estudiante: _____

PARTE 4: Información de servicios para estudiantes

INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE SERVICIOS FUERA DE LA ESCUELA QUE LE PUEDAN INTERESAR

Hay diversos proveedores, incluyendo estudiantes universitarios en práctica para obtener la maestría, que se asocian con la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter para ofrecer servicios a los estudiantes y las familias con necesidades específicas de asesoramiento fuera del plantel escolar. Los criterios para los servicios de consejería varían de una agencia a otra. **Por favor, comuníquense con el especialista de servicios para los estudiantes de la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter para determinar cuáles servicios pueden ser los apropiados para su hijo(a).** Los padres, tutores, estudiantes o personal de la escuela pueden sugerir los servicios de un consejero en cualquier momento durante la matrícula del estudiante.

Nombre del estudiante: _____

Número del seguro social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

¿Es el estudiante padre o va a ser padre? **SÍ/NO**

¿Su hijo está recibiendo actualmente servicios de un consejero? **SÍ/NO**

Si la respuesta es "sí", qué programa: _____ Diagnóstico y medicamento: _____

Si la respuesta es "no", ¿les gustaría solicitar servicios de uno de nuestros proveedores en este momento? **SÍ/NO**

¿Tiene el estudiante *Medicaid*? **SÍ/NO** Si es "sí", ¿cuál es el número de *Medicaid*?: _____ Nombre del plan y #: _____

¿Tiene su hijo seguro médico particular? **SÍ/NO** Si es "sí", cuál es el nombre de la compañía y el número del grupo: _____

¿Tienen ustedes o su hijo un Programa de Ayuda al Trabajador (*EAP*)? **SÍ/NO** Si es "sí", cuál *EAP*: _____

¿Tienen un caso pendiente con *DCF*? **SÍ/NO** Si es "sí", indiquen nombre del trabajador y número del caso: _____

¿Tiene el estudiante un caso pendiente con el Sistema de Justicia Juvenil? **SÍ/NO**

Agente de libertad condicional: _____ Número telefónico: _____

POR FAVOR MARQUEN TODO LO QUE APLICA AL COMPORTAMIENTO O PROBLEMA ACTUAL DE SU HIJO

- Terapia individual o en grupo sobre el dolor, debido a la muerte de un amigo cercano o un familiar.
- Terapia individual o en grupo sobre el abuso de sustancias, para estudiantes que se sabe que consumen drogas.
- Terapia individual o en grupo sobre el control de la ira, para problemas graves de la ira.
- Clases individuales o en grupo relacionadas con el embarazo o la crianza de los hijos para las madres y padres adolescentes.
- Intento de suicidio u homicidio
- ADHD* (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad)
- Dificultades para dormir
- Argumentativo o desafiante
- Abusivo verbal o físicamente
- Introverso o deprimido
- Falta de atención o impulsivo
- Amenaza o pensamientos suicidas o de homicidio
- Alucinaciones y/o delirios
- Ocasionar incendios o destrucción de la propiedad
- Empeoramiento del comportamiento escolar
- Robar, mentir, copiar en los exámenes
- Se enoja o se irrita fácilmente
- Abuso de sustancias químicas y de alcohol
- Actividades relacionadas con pandillas
- Desorden alimenticio
- Problemas o relaciones familiares
- Abuso sexual
- Automutilación
- Crueldad con los animales
- Problemas de salud

Otras inquietudes no mencionadas: _____

Entiendo que al presentar este formulario no garantiza que los servicios o proveedores estarán disponibles. Sin embargo, doy permiso para que la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter divulgue el nombre de mi hijo y la información en este formulario a los proveedores de servicios. Puede que estos realicen una reunión inicial con el estudiante para determinar los servicios necesarios y se comunicarán con uno de los padres o tutores para explicarles lo que incluye sus servicios y para obtener consentimiento verbal o por escrito para dar tratamiento.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Uno de los padres o tutores

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Estudiante elegible (mayor de 18 años de edad o matriculado en una institución post secundaria)

Número telefónico: Casa _____ Trabajo _____ Otro _____

Escuela Secundaria Seminole Heights Charter

Su hijo(a) ha optado por asistir a la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter y como tal, es considerado un estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough. Esta escuela ha sido diseñada para ayudar a los estudiantes a desarrollar sus habilidades académicas, mejorar su asistencia y a ser responsables de su propio comportamiento y educación mientras obtienen su diploma.

Con el fin de asegurar una transición sin incidentes a la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter , es importante que ustedes y su hijo revisen y entiendan la siguiente información:

- ✓ Se confiscarán, a la entrada de la escuela todos los teléfonos celulares y otros dispositivos electrónicos personales, incluyendo, pero no limitándose a dispositivos para escuchar música, dispositivos de manos libres, juegos portátiles, dispositivos de pantalla táctil y se entregarán a la hora de la salida. No se permiten estos artículos en el aula.
- ✓ Dado que la escuela no es responsable por la pérdida o daño de estos artículos, incluidos los teléfonos celulares; por lo tanto, recomendamos firmemente que no se lleven al campus. Todos los estudiantes tendrán la oportunidad de obtener un diploma de secundaria y tienen que asistir todos los días a clase y hacer todo lo posible para maximizar su aprendizaje.
- ✓ Los estudiantes usarán vestuario apropiado, de acuerdo al código de vestir del Distrito.
- ✓ Se ofrecerán pases de autobús a los estudiantes elegibles para el transporte público.
- ✓ Uno de los padres o tutores (o el estudiante que se ha independizado) tiene que llenar y firmar todos los formularios del paquete relacionado con la matrícula antes de asistir a clases.
- ✓ Los estudiantes seguirán los procedimientos de asistencia.
- ✓ Para la seguridad de todos, los estudiantes pasarán por un detector de metal al entrar cada día.
- ✓ Puede que sea necesario llenar varios formularios requeridos por el Distrito Escolar, además de este formulario.
- ✓ Al matricularse, se espera que todos los estudiantes acepten y firmen un contrato de asistencia y comportamiento que refuerza los procedimientos de disciplina y de salida de la escuela según las pautas de la misma.
- ✓ Los padres siempre serán bienvenidos a la escuela – Por favor, llamen para programar una cita.

Entiendo las disposiciones anteriores y he tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con la Escuela Secundaria Seminole Heights Charter.

Firma de uno de los padres o tutores: _____

Fecha: _____

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

School Year: _____

Nombre del estudiante: _____

FORMA DE RESULTADOS DE VERIFICACIÓN CÁLCULOS E-Rate

Name of School / Facility	
Street Address	
City, State Zip Code	
Phone	
Fax Number	
Email Address	NA

Las siguientes secciones deben ser completadas por el Jefe del hogar o persona designada.

1. Tamaño de la familia * - Por favor, indique el número total de individuos en su hogar, incluyendo todos los adultos y los niños. _____
2. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE * - por favor complete para cada estudiante de pre-K hasta el grado 12

Apellido	Primer Nombre
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Si necesita más espacio, por favor use el reverso de esta encuesta o adjuntar una copia de esta encuesta marcando claramente a continuación.

TOTAL DE INGRESO FAMILIAR * - por favor, informe a todos los miembros de la familia			
Tipo de Ingreso	Trabajo 1	Trabajo 2	Compruebe si no hay ingresos
1. Los ingresos brutos mensuales: sueldos, salarios, comisiones	\$	\$	<input type="checkbox"/>
2. Los pagos mensuales de bienestar, sustento de menores	\$	\$	<input type="checkbox"/>
3. Los pagos mensuales de pensiones, retiro, Seguridad Social	\$	\$	<input type="checkbox"/>
4. Los dividendos mensuales o interés en el ahorro - columnas totales de Trabajo 1 y 2	\$	\$	<input type="checkbox"/>
5. Compensación laboral, desempleo, beneficios de huelga de trabajadores Mensual	\$	\$	<input type="checkbox"/>
6. Otros mensual (SSI, VA, Incapacidad, Granja, otros)	\$	\$	<input type="checkbox"/>

USE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL PARA AYUDARLE A LLENAR EL FORMULARIO. EL DE INGLÉS ES EL QUE SERÁ ARCHIVADO EN EL EXPEDIENTE DEL ESTUDIANTE.

AUTORIZACIÓN PARA PERMITIR LA SALIDA E INFORMACIÓN VITAL DEL ESTUDIANTE
ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE HILLSBOROUGH

Por favor,
 escriba firmemente.

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE			
AÑO ESCOLAR	NOMBRE DE LA ESCUELA		NÚMERO DE ESTUDIANTE DEL DISTRITO
MAESTRO O SALÓN HOGAR		GRADO	NÚMERO DE ESTUDIANTE DEL ESTADO
INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA: Esta tarjeta debe ser completada por el padre, madre o encargado asignado por la corte.			Código de inscripción
Nombre del estudiante (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)		Fecha de nacimiento	¿Hijo(a) de familia militar? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No Familia militar incluye: 1) miembros en el servicio activo 2) miembros por 1 año después de: • dado de baja médicamente por lastimarse • retiro • muerte por herida durante el servicio activo
Dirección postal – (Número de la casa y nombre de la calle, ciudad, código postal)		Mes Día Año <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección residencial – (Si es diferente a la postal) (Número de la casa y nombre de la calle, ciudad) (Si es área rural, incluya dirección en el reverso)			Número de teléfono del hogar
Padre/madre o representante legal (apellido, nombre, inicial)		Padre/madre o representante legal (apellido, nombre, inicial)	
Nombre del patrono		Nombre del patrono	
Teléfono del trabajo/extensión	Número del localizador o celular	Teléfono del trabajo/extensión	Número del localizador o celular
E-mail (Dirección electrónica)		E-mail (Dirección electrónica)	
Relación con el estudiante (circule uno) P - padre o madre G - representante legal A - encargado(a) <i>ad litem</i>		Relación con el estudiante (circule uno) P - padre o madre G - representante legal A - encargado(a) <i>ad litem</i>	
O - otro S - sustituto N - no requiere padre/madre/encargado		O - otro S - sustituto N - no requiere padre/madre/encargado	
Persona(s) a contactar si el padre no se encuentra*	Teléfono durante el día	Persona(s) a contactar si la madre no se encuentra	Teléfono durante el día
Nombre (esta persona puede buscar al estudiante a la escuela)		Nombre (esta persona puede buscar al estudiante a la escuela)	
Hospital de preferencia	Nombre y teléfono del médico	Nombre y teléfono del dentista	
Problemas actuales de salud: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ataques/convulsiones <input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Otros		Explicación de problemas de salud y medicamentos que toma el estudiante:	
*En caso de accidente o enfermedad seria, la escuela contactará al padre, madre o encargado. Si la escuela no puede localizar al padre, madre o encargado, o a las personas designadas arriba, la escuela contactará al médico o hará los arreglos necesarios para la transportación y el tratamiento inmediato. Los gastos serán asumidos por el padre, madre o encargado.			
He revisado y entiendo las condiciones de este documento y entiendo que si deseo que mi hijo(a) salga de la escuela con otra persona no mencionada arriba, tengo que proveer una lista de estas personas por escrito con sus respectivas direcciones y números de teléfono al director de la escuela.			
		X _____	_____
		Firma del padre/madre o representante legal	Fecha

FORMULARIO DE MATRÍCULA

AVISO
 El distrito escolar (HCPS) pide el número de Seguro Social para propósitos de crear una identificación numérica única dentro del sistema escolar y para presentar informes requeridos por el Departamento de Educación.
 La matrícula no le será negada si el estudiante o los padres no proveen un número de Seguro Social.

Número de Seguro Social del estudiante: _____ Lugar de nacimiento _____ Ciudad _____ Estado _____ País _____

Estudiante nuevo en el Condado de Hillsborough _____

Sí No ¿Se mudó el estudiante al condado de Hillsborough de **OTRO condado, estado o país** el año anterior? _____

Si contestó sí, indique: Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ País _____

Escuela que el estudiante asistió últimamente _____ Pública _____ Privada _____ Educación en el hogar (incluya fechas que asistió y dirección abajo)

Nombre de la escuela: _____ Fechas de asistencia _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____ País _____

Si el estudiante alguna vez asistió a una escuela pública en el Condado de Hillsborough, escriba el nombre de la escuela: _____

Encuesta sobre el lenguaje hablado en el hogar

Sí No ¿Se habla otro idioma además del inglés en el hogar?

Sí No ¿Tuvo el estudiante un primer idioma diferente al inglés?

Sí No ¿Habla el estudiante otro idioma más frecuentemente que el inglés?

Idioma del padre/madre/encargado _____ Idioma natal del estudiante _____

Información requerida por el gobierno estatal y federal

Sí No ¿Es uno de los padres o representante legal, oficial de policía, bombero o juez?

Sí No ¿Está uno de los padres o representante legal, en el servicio militar, como empleado federal civil, o residiendo en un proyecto de vivienda?

Sí No ¿Viajó su familia para buscar empleo o trabajar en una finca o ha recibido pago como trabajador(a) agrícola?

Sí No ¿Es el estudiante padre o madre soltero(a) con custodia o custodia compartida de un menor?

Sí No ¿Alguna vez ha sido el estudiante expulsado, arrestado con cargos, o recibido sentencia/acción de la corte juvenil?

Fecha en que el estudiante se matriculó en una escuela de los Estados Unidos: Mes (MM) _____ Día (DD) _____ Año (YYYY) _____

Si nació en el extranjero, ¿Por cuántos años el estudiante ha asistido a las escuelas en E.U.? _____

Sí No ¿Es el estudiante de origen hispano o latino?

Marque todas las razas que lo identifican: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro/afro-americano

Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico Blanco

Como padre/madre/representante legal del estudiante doy permiso al distrito escolar para que emita, intercambie, revise y utilice la información personal de mi hijo(a) para ayudar a proveer servicios de salud en la escuela, y para que esta información esté accesible a la Agencia de Administración de Salud de modo que facilite el proceso de verificación de elegibilidad para *Medicaid* y para que solicite reembolsos del *Medicaid* por servicios recibidos en la escuela. Entiendo que mi hijo(a) continuará recibiendo los servicios de acuerdo con el Plan Educativo Individual (*IEP*, por sus siglas en inglés), aunque me niegue a firmar este consentimiento.

 Firma del padre/madre o representante legal _____
 Fecha

Lado A



Formulario de Domicilio del Estudiante

Complete el **Lado A** de este formulario si el padre/madre/representante legal puede presentar comprobantes del domicilio.

Este formulario define el tipo de inscripción y verifica el domicilio del estudiante en el momento en que se matricula en una escuela pública del Condado de Hillsborough.

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____
Número del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección del estudiante: _____

1. ¿Cuál es el domicilio actual del estudiante?

- Una casa que es propiedad de la familia
Con exención contributiva (*Homestead*) Sí No
- La familia alquila un apartamento/casa
- Un hogar sustituto con licencia (*update D Screen*)
- Compartiendo un hogar con otra familia y sin documentos de residencia (el padre/madre no ha perdido su casa) (*update B & D Screen*)

Si la familia está compartiendo la vivienda con otra persona, la persona con quien la familia reside, deberá firmar a continuación y proporcionar dos (2) comprobantes de domicilio. En esta circunstancia, este formulario es válido por el año escolar solamente y caduca al final del año escolar.

Confirmación: Certifico que la familia aquí mencionada está residiendo conmigo en la dirección indicada arriba.

	Firma	Fecha
--	-------	-------

Por favor, marque los documentos que está presentándole a la escuela para la verificación de su domicilio (Tendrá que presentar 2):

- Exención contributiva Factura reciente del servicio eléctrico Contrato de arrendamiento
- Recibo de impuestos sobre la propiedad Contrato de compra de la casa Garantía del título de propiedad

2. El que suscribe certifica que toda la información provista en este formulario es correcta. De acuerdo con la Norma 2431 de HCPS, si los estudiantes se transfieren a otra escuela, no se les garantizará la posibilidad de participar en el programa de deportes. Para obtener información adicional, comuníquese con el director asistente de administración escolar.

Bajo pena de perjurio, declaro que he leído el documento anterior y que las declaraciones aquí expuestas son verdaderas (FS 92.525). Una persona que, en pleno conocimiento, haga una declaración falsa, es culpable del delito de fraude por hacer una declaración falsa escrita, un delito grave de tercer grado.

	Firma del padre/madre/representante	Fecha
--	-------------------------------------	-------

en letra de molde

Lado B

Formulario de Domicilio del Estudiante

Complete el **lado B** de este formulario para determinar la elegibilidad del estudiante bajo la ley federal *McKinney-Vento Homeless Education*.

Los estudiantes elegibles serán matriculados **inmediatamente**, aunque les falte la documentación.

Este formulario define el tipo de inscripción y verifica el domicilio para matricular a un estudiante en una escuela pública del Condado de Hillsborough

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Número del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del estudiante: _____

Para poder determinar la elegibilidad, tendrá que responder a las preguntas del 1 al 3

1. **Describa el domicilio actual del estudiante:**

- Viviendo en un refugio de emergencia/temporal o abandonado en un hospital (*McKinney-Vento Code A*)
- Utilizando la vivienda de otras personas temporalmente **debido a la pérdida de vivienda o a un problema financiero u otra razón similar; doble** (*McKinney-Vento Code B*)
- Viviendo en un automóvil, parques, parques de casas móviles o rodantes temporales, o en campamentos debido a falta de alojamiento alternativo adecuado, espacios públicos, edificios abandonados, **vivienda subestándar**, en estaciones de autobuses o de ferrocarriles, lugares públicos o privados que no son adecuados para que una persona duerma o en un lugar similar (*McKinney-Vento – Code D*)
- Viviendo en hoteles o moteles **debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado** (*McKinney-Vento- Code E*)

2. ¿Es el estudiante un “joven sin hogar que vive solo” (sin la custodia física del padre/madre o de un representante legal) y ha sido identificado aquí bajo los códigos de las categorías *McKinney-Vento* (code UAC field)? Sí No

3. **Razón del estatus:**

Marque una razón	Causa	CÓDIGO DE LA ESCUELA (para uso exclusivo de la oficina)
	Desastre por mano de hombre (Mayor)	D
	Terremoto	E
	Inundación	F
	Huracán	H
	Ejecución hipotecaria- La familia pierde su casa propia por ejecución hipotecaria	M
	Otras causas	N
	Pandemia (Mayor)	P
	Tormenta tropical	S
	Tornado	T
	Se desconoce	U
	Incendio forestal	W

El que suscribe, certifica que toda la información contenida en este formulario es verdadera. Este formulario es válido solamente por un año escolar y vence al final del mismo. De acuerdo con la Norma 2431.01 de HCPS, si los estudiantes se transfieren a otra escuela, no se les garantizará la posibilidad de participar en el programa deportivo. Para obtener información adicional, comuníquese con el director asistente de administración escolar.

Bajo pena de perjurio, declaro que he leído el documento anterior y que las declaraciones aquí mencionadas son verdaderas (FS 92.525). Una persona que, en pleno conocimiento, hace una declaración falsa, es culpable del delito de fraude por declaración escrita falsa, un delito grave de tercer grado.

Escriba el nombre del padre/madre/representante en letra de molde

Firma del padre/madre/representante

Fecha

Data Processors – This form (SB 60711) must be coded into the student database upon enrollment (on B, D and E screens). The original document is maintained in a file located in the data processor’s office. This form should not be placed in the student’s cumulative folder.

Distribution: Data processor, administrator, school social worker, and district homeless liaison via fax (813) 384-3979. SB 60711 (Rev. 5/14/2020)

Formulario de Encuesta Familiar

El propósito de esta encuesta es recopilar datos que se utilizarán para determinar la cantidad de fondos disponibles para que el distrito escolar publique proporcione servicios de instrucción del programa Título I a los estudiantes elegibles en nuestra escuela. Esto logra en determinar la cantidad de nuestros estudiantes, por distrito escolar público de residencia, que calificarán para beneficios gratuitos o reducidos. La información solicitada a continuación es confidencial.

Gracias por su cooperación y la pronta devolución y cumplimentación de este formulario.

(1) A continuación encuentre el tamaño de su familia y observe el nivel de ingresos brutos anuales que se encuentra al lado en el cuadro

TABLA DE PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Cuantos miembros en la familia:	Ingreso bruto anual antes de deducciones:
---------------------------------	---

Beneficios Reducidos- 185%

Beneficios Gratis- 130%

No. de familiares en casa	Beneficios Reducidos- 185%					Beneficios Gratis- 130%				
	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	22,459	1,872	936	864	432	15,782	1,316	658	607	304
2	30,451	2,538	1,269	1,172	586	21,938	1,784	892	823	412
3	38,443	3,204	1,602	1,479	740	27,014	2,252	1,126	1,039	520
4	46,435	3,870	1,935	1,786	893	32,630	2,720	1,360	1,255	628
5	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047	38,246	3,188	1,594	1,471	736
6	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201	43,862	3,856	1,828	1,687	844
7	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355	49,478	4,124	2,062	1,903	952
8	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508	55,094	4,592	2,298	2,119	1,060
Por cada miembro adicional de la familia, agregue \$400.00	7,992	666	333	308	154	5,616	468	234	216	108

(1) Responda las siguientes preguntas:

¿Es el ingreso de su familia menor que la cantidad en la tabla en la línea al lado del tamaño de su familia?

Sí _____ No _____

¿Su familia califica para cupones de alimentos? Si es así, incluya su número de caso si es posible.

Sí _____ No _____ Numero de caso _____

¿Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?

Sí _____ No _____

(2) Por favor provea la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre del estudiante: _____

Distrito escolar público en el que reside: _____

Niveles de grado de sus hijos: _____

Certifico (prometo) que toda la información proporcionada es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que la escuela puede obtener fondos federales según la información que yo proporcione.

Firma de unos de los padres o tutores: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina

El estudiante califica para: ____gratis ____reducido

El estudiante no califica: _____

Firma: _____ Fecha: _____