

PADRES: Rellenen solamente para los alumnos de kínder

Nombre del alumno: _____

Nombre del padre: _____

¿Asistió su hijo(a) a una guardería y/o al preescolar? Sí No (Encierre una opción)

Si sí,

Nombre de la guardería/preescolar	Fechas de asistencia	¿Fue un programa de todo el día o de medio día?

Si su hijo (a) asistió al preescolar, ¿por cuánto tiempo asistió? _____

Si su hijo(a) asistió al preescolar, ¿hubo algún tipo de preocupación por parte del personal en cuanto a su progreso, ya sea académico o de comportamiento? _____

Hermanos menores en casa

Nombre	Edad

¿Le gustaría obtener más información en cuanto a oportunidades de aprendizaje a edad temprana para sus hijos?

Sí No

Sólo para uso de la oficina: (Office only - English) Building Secretary - please give a copy of this sheet to the student's Kindergarten teacher and to Jump Start Kindergarten teacher(s) in your building.



INSCRIPCIÓN PARA NUEVOS ESTUDIANTES FORMULARIO DE MATRICULACIÓN

Fecha: _____

STUDENT INFO	APELLIDO		NOMBRE		MEDIO	
	FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año)	¿El nombre del estudiante ha sido legalmente cambiado? ¿Cuál era el nombre anterior? <i>Legal name change?</i>	IDIOMA PRIMARIO DEL ESTUDIANTE (<i>student primary language</i>) ☐ English ☐ Spanish ☐ Russian ☐ Ukraine ☐ Mixteco ☐ Otro _____			GRADO: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario
	¿Residente del Distrito? ☐ Sí ☐ No		Lugar de Nacimiento Ciudad <i>city</i> Estado <i>state</i> País <i>country</i> Acta de Nacimiento: <i>BC attached?</i> ☐ Sí ☐ No			
PRIMARY HOUSEHOLD	INFORMACION DEL PADRE/GUADRIAN PRINCIPAL (Información de Residencia Reside el Estudiante)					
	Apellido de Padre/Tutor Legal #1 <i>guardian last</i>			Primer Nombre <i>guardian first</i>		
	Domicilio <i>house number</i>	Calle <i>street</i>	Apto. <i>apt</i>	Ciudad <i>city</i>	Estado <i>State</i>	Código <i>country</i>
	Mailing Address Domicilio	Calle	Apto.	PO Box	Ciudad	Estado Código
	Teléfono Principal <i>primary phone</i> ☐ Por favor marque si es confidencial <i>confidential</i>		Segundo Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular		Tercer Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	
	Correo Electrónico <i>email address</i>					
	Relación con el Estudiante ☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuelo ☐ Tía ☐ Tío ☐ Uno Mismo ☐ Otro					
	Apellido de Padre/Tutor Legal #2			Primer Nombre		
	Correo Electrónico		Segundo Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular		Tercer Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	
	Relación con el Estudiante ☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuelo ☐ Tía ☐ Tío ☐ Uno Mismo ☐ Otro					
*Comprobante de edad: Algunos de los documentos que se pueden utilizar para este propósito incluyen un acta de nacimiento, un certificado religioso, de un hospital o de un médico que muestre la fecha de nacimiento, un pasaporte, un registro de adopción, registros escolares previamente verificados, una declaración jurada por parte de un padre, una entrada en una Biblia de la familia o cualquier otro documento autorizado por la ley.						
¿Quién tiene la custodia legal del estudiante?		¿Existen los derechos de visita especial que hay que saber? En caso de sí, por favor de proporcionar la documentación legal a la escuela para que podamos mantener a su hijo a salvo.				
SECOND HOUSEHOLD	DE SEGUNDO HOGAR El estudiante no reside principalmente en esta residencia)					
	Apellido de Padre/Tutor Legal #1			Primer Nombre		
	Domicilio	Calle	Apto.	Ciudad	Estado	Código
	Mailing Address Domicilio	Calle	Apto.	PO Box	Ciudad	Estado Código
	Teléfono Principal ☐ Por favor marque si es confidencial		Segundo Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular		Tercer Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	
	Correo Electrónico					
	Relación con el Estudiante ☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuelo ☐ Tía ☐ Tío ☐ Así Mismo ☐ Otro					
	Apellido de Padre/Tutor Legal #2			Primer Nombre		
	Correo Electrónico		Segundo Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular		Tercer Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	
	Relación con el Estudiante ☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuelo ☐ Tía ☐ Tío ☐ Uno Mismo ☐ Otro					

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Escuela asistido previamente (más reciente)	Fecha de Entrada	Fecha de Retiro	Dirección de la Escuela Anterior (calle, ciudad, estado y código postal)
¿El estudiante ha asistido a otro distrito escolar en el Estado de Washington? ☐ Sí ☐ No	Si es sí, nombre el distrito escolar en el Estado de Washington		Año Escolar
¿El estudiante ha asistido a una escuela en el distrito escolar de Mount Vernon? ☐ Sí ☐ No	Si es sí, nombre la escuela asistido en el distrito escolar de Mount Vernon		Año Escolar

POR FAVOR ANOTE OTROS HERMANOS QUE ASISTEN EN EL DISTRITO ESCOLAR DE MOUNT VERNON

Apellido	Primer Nombre	Escuela	Grado

¿El estudiante asiste a la guardería? ☐ Sí ☐ No	Nombre de la guardería
☐ Antes de Escuela ☐ Después de Escuela ☐ Antes y Después de Escuela	Domicilio Teléfono

¿Se ha suspendido su estudiante de la escuela? ☐ Sí ☐ No

Por favor, explique _____

¿Su estudiante ha sido suspendido por una violación de las armas? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____

¿Ha asistido alguna vez su estudiante a una corte por cuestiones de asistencia? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____

Informacion de Contacto de Emergencia Cuando los accidentes, enfermedades u otras situaciones de emergencia se producen con su hijo, queremos ser capaces de hablar rápidamente a las familias o adultos responsables. Nuestro primer contacto es siempre un padre o tutor, pero en el caso de que no podemos hablar con un padre/tutor, por favor de proveer los nombres de personas que estén disponibles durante el día para atender a su hijo.

Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) ☐ casa ☐ celular ☐ trabajo
Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) ☐ casa ☐ celular ☐ trabajo
Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) ☐ casa ☐ celular ☐ trabajo
Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) ☐ casa ☐ celular ☐ trabajo

HISTORIA DEL ESTUDIANTE

¿Su hijo(a) ha calificado o matriculado en un Programa de Educación Especial /IEP? ☐ Sí ☐ No

¿Su niño ha calificado a favor o había un plan 504? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo ha participado en?: ☐ Título 1 ☐ LAP ☐ Talentoso ☐ ESL ☐ Migrante

¿Su hijo ha repetido un grado o superado un curso?

☐ Sí, ha repetido

☐ Sí, ha superado

Cuál Nivel?

Especifique cualquier problema de aprendizaje (s) o ayuda especial que necesita / specify any learning problem(s) or special help needed

AUTORIZACION DE EMERGENCIA MÉDICA: Entiendo que en caso de accidente o enfermedad, todo esfuerzo será en hacer contacto con el padre / tutor de inmediato. Si el padre o tutor no puede ser alcanzado, yo autorizo a las autoridades escolares para obtener atención de emergencia para mi hijo.

"Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que lo anterior es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información para efectuar el registro o la cesión puede ser motivo de revocación de la inscripción del estudiante o la asignación a una escuela en el Distrito Escolar de Mount Vernon. Estoy de acuerdo de notificar a la escuela del Distrito Escolar de Mount Vernon por escrito dentro de los cinco (5) días escolares después de cualquier cambio de residencia".

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre del estudiante : _____ Grado: _____ Escuela: _____ Enviar copia a la coordinadora si corresponde

Formulario De Recopilación de Datos Étnicos y Raciales del Estado de Washington

Se requiere que los distritos escolares en el estado de Washington reporten los datos de los estudiantes por categorías étnicas y raciales a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) del estado. Las categorías étnicas y raciales son establecidas por el gobierno federal, la Legislatura del Estado de Washington y OSPI. Si los padres, tutores o estudiantes no brindan información sobre el origen étnico y la raza, los distritos son responsables de asignar categorías basadas en la observación. Seleccione tanto el origen étnico como la raza. Hispano Si o No, en caso afirmativo, seleccione cuál (es). Luego seleccione cualquier raza que pueda aplicar. Asegúrese de notar las categorías en negrita antes de seleccionar la (s) raza (s).

ETNICIDAD	Hispano(a): ☐ Si ☐ No (H01)				
	Hispano(a)	☐ Hispano(a) (H00)	☐ Cubano(a) (H09)	☐ Mestizo(a) (H17)	☐ Salvadoreño(a) (H24)
		☐ Argentino(a) (H02)	☐ Dominicano(a) (H10)	☐ Nativo(a) (H18)	☐ Español(a) (H25)
		☐ Boliviano(a) (H03)	☐ Ecuatoriano(a) (H11)	☐ Nicaragüense (H19)	☐ Surinameso(a) (H26)
		☐ Brasileño(a) (H04)	☐ Guatemalteco(a)(H12)	☐ Panameño(a) (H20)	☐ Uruguayo (H27)
		☐ Chicano (Mexicano Americano) (H05)	☐ Guyanés (H13)	☐ Paraguayo(a)(H21)	☐ Venezolano(a) (H28)
		☐ Chileno(a) (H06)	☐ Hondureño(a) (H14)	☐ Peruano(a) (H22)	Hispano/Latino escribe (H29)
		☐ Colombiano(a) (H07)	☐ Jamaicano(a) (H15)	☐ Puertorriqueño(a) (H23)	
		☐ Costa Rica (H08)	☐ Mexicano(a)(H16)		
		HAWAIIANO NATIVO DE LA RAZA/ORTO ISLANDOR DEL	Nativo(a) hawaiano/otro	☐ Nativo(a) hawaiano/otro isleño del Pacífico (P00)	
Isleño del pacífico	☐ Caroliniano (P01)		☐ Maori (P07)	☐ Pohnpeian (P13)	☐ Tongano(a) (P18)
	☐ Chamorro(a) (P02)		☐ Marshalés/Marshalesa (P08)	☐ Samoano(a) (P14)	☐ Tokelauan (P19)
	☐ Chuukese (P03)		☐ Nativo(a) de Hawai (P09)	☐ Isleño de Salomón (P15)	☐ Yapés (P20)
	☐ Fiyiano(a) (P04)		☐ Ni-Vanuatu (P10)	☐ Tahitiano (P16)	Isleño del Pacífico Escribe (P21)
	☐ i-kiribati/Gilbertese (P05)		☐ Palau (P11)	☐ Tokelauan (P17)	
	☐ Kosraean (P06)		☐ Papú (P12)		
	RAZA-NEGRA/AFRICANO(A)-AMERICANO(A)		Negro(a)/afroamericano(a)	☐ Negro(a)/afroamericano(a) (B00)	☐ Afroamericano(a) (B01)
Negro escriba en (C02)					
Caribe		☐ Anguila (B03)	☐ Caymanian (Islas Caimán) (B09)	☐ Grenadian (B13)	☐ Jamaicano(a) (B16)
		☐ Antiguan(a) (B04)	☐ Cuba Dominicana (B10)	☐ Guadeloupian (B14)	☐ Martiniquais/Martiniquaise (B17)
		☐ Bahameño(a) (B05)	☐ Dominicana (República Dominicana)	☐ Haitian (B15)	☐ Montserratian (B18)
		☐ Barbadosense (B06)	☐ Antillana Holandesa (Antillas Holandesas) (B12)		☐ Puertorriqueño(a) (B19)
		☐ Barthélemois/Barthélemoises (San Bartolomé) (B07)			
		☐ Isleño(a) virgen británico(a) (B08)			Caribeño(a) escribe en (B20)
Africano(a) centro		☐ Angoleño(a) (B21)	☐ Congoleño(a) (Rep. Del Congo) (B25)	☐ Santo Tomé (B29)	
		☐ Camerunés/Camerunesa (B22)	☐ Congoleño(a) (República Democrática del Congo) (B26)	☐ Príncipe (B30)	
Africano(a) oriental	☐ Centroafricano(a)(Rep. Centroafricana) (B23)	☐ Guinea Ecuatorial (B27)		Centroafricano(a) escribe en (B31)	
	☐ Chadiano(a) (B24)	☐ Gabonense (B28)			
	☐ Burandés/Burandesa (B32)	☐ Malgache (Madagascar) (B38)	☐ Ruandesa (B44)	☐ Tanzania (República Unida de Tanzania) (B50)	
	☐ Comoran (B33)	☐ Malaui (B39)	☐ Seychellois/Seychelloise (B45)	☐ Zambiano(a) (B51)	
	☐ Djibouti (B34)	☐ Mauricio (Mauricio) (B40)	☐ Somali (B46)	☐ Zimbabuo (B52)	
	☐ Eritreo(a) (B35)	☐ Mahoran (Mayotte) (B41)	☐ Sudanés de; sur (B47)	Africa Oriental escribe en (B53)	
	☐ Etiope (B36)	☐ Mozambiqueño(a) (B42)	☐ Sudanés/Sudanesa (B48)		
	☐ Keniano(a) (B37)	☐ Reunionese (B43)	☐ Uganda (B49)		
	Latinoamericano(a)	☐ Argentino(a) (B54)	☐ Ecuatoriano(a)(B61)	☐ Mexicano(a) (B68)	☐ Uruguayo(a) (B75)
		☐ Beliceño(a) (B55)	☐ El Salvadoreño(B62)	☐ Nicaragüense (B69)	☐ Venezolano(a) (B76)
☐ Boliviano(a) (B56)		☐ Isleño de las Mavinas (B63)	☐ Panameño(a) (B70)	Latinoamericano(a) escribe en (B77)	
☐ Brasileño(a) (B57)		☐ Guayanés Francés (B64)	☐ Paraguayo(a) (B71)		
☐ Chileno(a) (B58)		☐ Guatemalteco(a) (B65)	☐ Peruano(a) (B72)		
☐ Colombiano(a) (B59)		☐ Guyanés/Guyanesa(B66)	☐ S. Georgia/S. Islas Sandwich (B73)		
☐ Costa Rica (B60)		☐ Hondureño(a) (B67)	☐ Seurinales (B74)		
Sudafricano(a)	☐ Botswana (B78)	☐ Namibio(a) (B80)	☐ Swazi (B82)		
	☐ Mosotho (Lesoto) (B79)	☐ Sudafricano(a) (B81)		Sur Africano(a) escribe en (B83)	
Africano(a) occidental	☐ Beninés/Beninesa (B84)	☐ Gambiaño(a) (B89)	☐ Mauritano(a)(B93)	☐ Senegalés/Senagalesa (B97)	
	☐ Bissau-Guinea (B85)	☐ Ghanés/Ghanesa (B90)	☐ Niger(B94)	☐ Sierra Leona (B98)	
	☐ Burkínabé (Burkina Faso) (B86)	☐ Liberiano(a)(B91)	☐ Nigeriano(a) (B95)	☐ Togoleses/Togolesas (B99)	
	☐ Caboverdiano(B87)	☐ Maliense (B92)	☐ Santa Elena (B96)		
	☐ Marfileño (Costa de Marfil)(B88)			Africano(a) occidental escribe en (C01)	

Formulario De Recopilacion de Datos Étnicos y Raciales del Estado de Washington

Se requiere que los distritos escolares en el estado de Washington reporten los datos de los estudiantes por categorías étnicas y raciales a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) del estado. Las categorías étnicas y raciales son establecidas por el gobierno federal, la Legislatura del Estado de Washington y OSPI. Si los padres, tutores o estudiantes no brindan información sobre el origen étnico y la raza, los distritos son responsables de asignar categorías basadas en la observación. Seleccione tanto el origen étnico como la raza. Hispano Si o No, en caso afirmativo, seleccione cuál (es). Luego seleccione cualquier

RAZA-INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKAN	Indio(a) americano(a)	☐ Indio(a) americano(a) de Alaska (N00) ☐			
	Tribus del estado de Washington	☐ Tribu Chinook (N01) ☐ Tribus y Bandas CONfederadas de la Nación Yakama (N02) ☐ Tribus Confederadas de la Reserva Chehalis (N03) ☐ Tribus confederadas de la reserva de Colville (N04) ☐ Tribu india Cowlitz (N05) ☐ Tribu Duwamish (N06) ☐ Tribu Hoh Indian (N07) ☐ Tribu Jamestown S'Klallam (N08) ☐ Comunidad India Kalispel/Reserva Kalispel (N09) ☐ Nación india Kikiallus (N10) ☐ Comunidad tribal del Bajo Elwha (N11) ☐ Tribu Lummi de la Reserva Lummi (N12) ☐ Tribu India Makah/Reserva India Makah (N13) ☐ Banda Marietta de la tribu Nooksack (N14) ☐ Tribu india Muckleshoot (N15) ☐ Tribu india Nisqually (N16) ☐ Tribu indigena Nooksack de Washington (N17) ☐ Tribu Port Gamble S'Klallam (N18)	☐ Tribu Puyallup de la reserva Puyallup (N19) ☐ Tribu Quileute de la Reserva Quileute (N20) ☐ Nación India Quinault (N21) ☐ Nación india Samish (N22) ☐ Tribu indigena Sauk-Suiattle de Washington (N23) ☐ Tribu india de Shoalwater Bay/Reserva india de Shoalwater Bay (N24) ☐ Tribu india Skokomish (N25) ☐ Tribu Snohomish (N26) ☐ Tribu india Snoqualmie (N27) ☐ Tribu Snoqualmoo (N28) ☐ Tribu Spokane de la Reserva Spokane (N29) ☐ Tribu de la isla Squaxin de la reserva de la isla Squaxin (N30) ☐ Tribu Steilacoom (N31) ☐ Tribu Stillaguamish de indios de Washington (N32) ☐ Tribu indigena Suquamish de la reserva de Port Madison (N33) ☐ Comunidad tribal india Swinomish (N34) ☐ Tribus Tulalip de Washington (N35)	☐ Nativo(a) de Alaska escribe en (N36) ☐ Indio(a) americano(a) escribe en (N37)	
RAZA-ASIATICO	Asiático(a)	☐ Asian (A00) ☐ Asian Indian (A01) ☐ Bangladeshi (A02) ☐ Bhutanese (A03) ☐ Burmese/Myanmar (A04) ☐ Cambodian/Khmer (A05) ☐ Cham (A06) ☐ Chinese (A07)	☐ Filipino (A08) ☐ Hmong (A09) ☐ Indonesian (A10) ☐ Japanese (A11) ☐ Korean (A12) ☐ Lao (A13) ☐ Malaysian (A14) ☐ Mien (A15)	☐ Mongolian (A16) ☐ Nepali (A17) ☐ Okinawan (A18) ☐ Pakistani (A19) ☐ Punjabi (A20) ☐ Singaporean (A21) ☐ Sri Lankan (A22) ☐ Taiwanese (A23)	☐ Thai (A24) ☐ Tibetan (A25) ☐ Vietnamese (A26) ☐ Asian Write In (A27)
		☐ Blanco(a) (W00) ☐	☐ Polaco(a) (W03) ☐ Rumano(a) (W04)	☐ Ruso(a) (W05) ☐ Ucranio(a) (W06)	☐ Europa de Este escribe en (W07)
RAZA-BLANCO(A)	Blanco (a)	☐ Blanco(a) (W00) ☐			
	De Europa	☐ Bosnio(a) (W01) ☐ Herzegoviniano (W02)	☐ Polaco(a) (W03) ☐ Rumano(a) (W04)	☐ Ruso(a) (W05) ☐ Ucranio(a) (W06)	☐ Europa de Este escribe en (W07)
RAZA-BLANCO(A)	Medio Oriente y África del Norte	☐ Argelino(a) (W08) ☐ Amazigh o bereber(W09) ☐ Árabe o árabe (W10) ☐ Asirio(a)(W11) ☐ Bahreini (W12) ☐ Beduino(a) (W13) ☐ Astrólogo(a) (W14) ☐ Copto (W15)	☐ Druso(a) (W16) ☐ Egipcio(a) (W17) ☐ Emirati (W18) ☐ Irani (W19) ☐ Iraqui (W20) ☐ Israeli (W21) ☐ Jordano(a) (W22) ☐ Kurdo kuwaiti (W23)	☐ Libanés (W24) ☐ Libio(a) (W25) ☐ Marroqui (W26) ☐ Omani (W27) ☐ Palestino(a) (W28) ☐ Qatari (W29) ☐ Arabia Saudita (W30) ☐ Siria (W31)	☐ Tunecino(a) (W32) ☐ Yemenita (W33) ☐ Oriente Medio escribe en (W34) ☐ Norteaficano(a) escribe en (W35)
	☐ Blanco(a) (W00) ☐	☐ Polaco(a) (W03) ☐ Rumano(a) (W04)	☐ Ruso(a) (W05) ☐ Ucranio(a) (W06)	☐ Europa de Este escribe en (W07)	

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

PARA USO DE OFICINA ÚNICAMENTE: Recibido por _____ Fecha _____

Distrito Escolar de Mount Vernon
124 E. Lawrence St Mount Vernon WA 98273
Teléfono (360) 428-6110 Fax (360) 428-6172

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE PADRE O TUTOR MILITAR

La legislatura estatal de Washington ha exigido que la información de los alumnos que provienen de familias militares debe recopilarse como se declara en la **RCW 28A.300.507**.

Con el propósito de recopilar información, sírvase a marcar todas las que apliquen:

- ☐ **Actualmente** ningún padre o tutor sirve como un miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, la Reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o la Guardia Nacional de Washington.
- ☐ Sí, un padre o tutor es un miembro actual del **servicio activo** de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
- ☐ Sí, un padre o tutor es un miembro actual de las **reservas** de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
- ☐ Sí, un padre o tutor es un miembro actual de la **Guardia Nacional de Washington**.
- ☐ Sin respuesta o rehúsa declarar.

Nombre del alumno: _____ Grado: _____

Padre o tutor: _____ Fecha: _____

(Nota: Si en algún momento a lo largo del ciclo escolar el estatus militar cambia, sírvase contactar la oficina del distrito escolar de Mount Vernon o la escuela de su hijo para informar acerca del cambio.)

Propósito de la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

La Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar se proporciona a *todos* los estudiantes que se inscriben en escuelas de Washington. La siguiente información debería contribuir a responder a algunas de las preguntas que podría tener sobre este formulario.

¿Cuál es el propósito de la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar?

El propósito principal de la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar es contribuir a identificar a los estudiantes que podrían calificar para obtener ayuda con el fin de desarrollar las habilidades del idioma inglés necesarias para tener éxito en la clase y de recibir otros servicios. Es importante que esta información se registre correctamente, ya que puede afectar la elegibilidad de los estudiantes para recibir los servicios que necesitan para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario evaluarlos a fin de determinar si precisan servicios de apoyo adicionales en relación con el idioma y académicos. Ningún estudiante será asignado al programa de desarrollo del idioma inglés solo en función de las respuestas a este formulario.

¿Por qué preguntan acerca de la primera lengua del estudiante y del (de los) idioma(s) que se habla(n) en el hogar?

Las dos preguntas sobre el idioma del estudiante nos ayudan a determinar:

- si el estudiante puede ser elegible para obtener ayuda con el aprendizaje del inglés, y
- si el personal de la escuela debería conocer otros idiomas utilizados por el estudiante en su hogar.

El idioma que su hijo aprendió primero puede ser distinto del idioma que su hijo utiliza para comunicarse en el hogar ahora. Las respuestas a estas dos preguntas ayudarán a la escuela a proporcionarle instrucción adecuada según las necesidades individuales del estudiante, y también contribuirán con las necesidades de comunicación que puedan surgir. Los estudiantes que primero aprendieron un idioma que no sea inglés pueden calificar para obtener servicios de apoyo adicionales. Incluso los estudiantes que hablan bien inglés podrían precisar apoyo para desarrollar habilidades del idioma necesarias para tener éxito en la escuela.

¿Por qué preguntan dónde nació el estudiante?

Esta información ayuda al distrito escolar y al estado a determinar si al estudiante le corresponde la definición de inmigrante a los fines del financiamiento federal. Esto se aplica incluso cuando ambos padres del estudiante son ciudadanos estadounidenses, pero el estudiante nació fuera de los Estados Unidos. Este formulario no se utiliza para identificar a estudiantes que quizás sean indocumentados.

¿Por qué preguntan sobre la educación anterior del estudiante?

La información sobre la educación de un estudiante contribuirá a garantizar que la educación del estudiante tanto dentro como fuera de los Estados Unidos sea tenida en cuenta en las recomendaciones para la participación en programas y servicios del distrito. Los antecedentes educativos del estudiante también constituyen información importante para ayudar a determinar si el estudiante está avanzando lo suficiente hacia los estándares estatales en función de sus antecedentes educativos anteriores.

Gracias por proporcionar la información necesaria en la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar. Comuníquese con su distrito escolar si tiene otras preguntas sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo.



La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a **todos** los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno:		Grado:	Fecha:
Nombre del padre, madre o tutor legal _____ Firma del padre, madre o tutor legal _____			
Derecho a los servicios de traducción o interpretación Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.	1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____ b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)? Nombre del padre/madre/tutor 1: _____ ¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No Idioma _____ Nombre del padre/madre/tutor 2: _____ ¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No Idioma _____		
Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.	2. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a)? _____ 3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____ 4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____ 5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ____ No ____ No sé ____		
Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa: • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.	6. ¿En qué país nació su hijo? _____ 7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ____ Sí ____ No Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____ 8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) _____ Mes Día Año		

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.





District Entry Date _____

School Entry Date _____

School _____

Nombre de Alumno: _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela Previa _____ Ciudad _____

La Oficina del Superintendente de Instrucción Pública del Estado de Washington provee fondos a programas diseñados para ayudar a los niños de 0 a 21 años que se han mudado por su propia cuenta o con sus padres en los últimos tres años para buscar o conseguir un trabajo temporal en actividades relacionadas con:

☐ Agricultura (agriculture)

☐ Empaquetadora (packing/warehouses)

☐ Forestales (forestry)

☐ Lechería (dairy)

☐ Avicultura (poultry)

☐ Pesca Comercial (commercial fishing)

☐ Res (beef)

☐ Mariscos (shellfish)

Le agradeceríamos su colaboración para responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Usted o su familia se mudó en los últimos tres (3) años? ☐ SI ☐ NO
(Have you or your family moved within the past three years)

2. ¿La familia cruzaron fronteras del distrito escolar? ☐ SI ☐ NO
(Did the family cross school district boundaries)

3. ¿Fue el propósito de la mudanza para trabajar en empleo! de agricultura
o la pesca? ☐ SI ☐ NO
(Was the move made for the purpose of seeking/obtaining agricultural/fishing related employment)

4. ¿Sí su respuesta es "Sí", ¿podemos ponernos en contacto con usted para
recibir más información? ☐ SI ☐ NO
(If YES, may we contact you for more information)

Nombre de padre/madre

Número de teléfono



For School Use Only

Centennial		Kindergarten Only		
Jefferson			AM	
Harriet Rowley			PM	
Little Mountain				
Madison				
Washington				

INFORMACION de TRANSPORTE del ESTUDIANTE

Los estudiantes se transportan a y de la escuela por los autobuses del distrito escolar. Estos formularios se utilizarán para el transporte del hogar o guardería a y de la escuela solamente

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Sexo _____
(student name) (grade) (gender)

Nombre del Padre _____ Teléfono de Casa/Celular _____
(guardian name) (home/cell phone)

Domicilio _____
(home address)

Nombre de la Guardería _____ Teléfono _____
(daycare name) (phone)

Domicilio de la Guardería _____
(daycare address)

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DE TRANSPORTE: (for transportation use only)

M – TU – W – TH – F	M – TU – W – TH – F	M – TU – W – TH – F	M – TU – W – TH – F
1. Bus _____	2. Bus _____	1. Bus _____	2. Bus _____
Stop _____	Stop _____	Stop _____	Stop _____
Pick-up Time _____	Pick-up Time _____	Pick-up Time _____	Pick-up Time _____

¿Necesitará transporte por parte del distrito? (Will district transportation be needed) SI NO

Por favor indique el lugar para la **RECOGIDA** de su estudiante a **la ESCUELA**, encierre los días aplicables (indicate BEFORE SCHOOL PICK-UP location)

Hogar _____ lunes _____ martes _____ miércoles _____ jueves _____ viernes _____
(home)

Guardería: _____ lunes _____ martes _____ miércoles _____ jueves _____ viernes _____
(daycare)

Por favor indique el lugar donde **DEJAR** a su estudiante **DESPUES DE LA ESCUELA**, encierre los días aplicables (indicate AFTER SCHOOL DROP-OFF location)

Hogar _____ lunes _____ martes _____ miércoles _____ jueves _____ viernes _____
(home)

Guardería: _____ lunes _____ martes _____ miércoles _____ jueves _____ viernes _____
(daycare)

Trate de conocer a otros padres que usan la parada de autobús de su niño así usted puede tener un plan alternado en el evento que usted no pueda estar en la parada de autobús cuando su niño llegue. El alumno necesita estar en la parada de autobús designada 5 minutos antes de la hora de recogida.

Si hay un cambio en su horario después de que usted haya inscrito a su niño por favor someta otra forma de *Información del Transporte* para su niño.

Mensaje de las Escuelas de Mount Vernon sobre Asistencia Regular y Absentismo Escolar

En apoyo de nuestra meta de graduación al 100%, las escuelas de Mount Vernon continúan sus esfuerzos para ayudar a los estudiantes a asistir a la escuela con regularidad para que puedan acceder y beneficiarse de su educación en la mayor medida posible. Sabemos que este esfuerzo requiere asociaciones sólidas de la familia y la comunidad, así como una comunicación clara con respecto a los registros de asistencia de los estudiantes y los beneficios de la asistencia regular a la escuela.

La asistencia regular es importante para las escuelas de Mount Vernon porque la asistencia regular a la escuela contribuye a la salud socioemocional, lo que lleva a los estudiantes a sentirse mejor con la escuela y con ellos mismos. A partir del Kindergarten, demasiadas ausencias (justificadas e injustificadas) pueden hacer que los niños se retrasen en la escuela. Para el noveno grado, la asistencia regular es un mejor predictor de las tasas de graduación que los puntajes de las pruebas de octavo grado. Queremos que los niños aprendan sobre la importancia de la asistencia regular tan pronto como sea posible para que estén preparados para el éxito en la escuela y en las carreras postsecundarias, la educación y la vida.

Lo que puede hacer

- Establezca una rutina regular para la hora de acostarse y la mañana. Extienda la ropa y las mochilas la noche anterior.
- Asegúrese de que su hijo(a) no falte a la escuela a menos que esté realmente enfermo. Si un niño debe quedarse en casa debido a una enfermedad, pídale al maestro recursos e ideas para seguir aprendiendo en casa..
- Evite programar viajes prolongados para niños sanos mientras la escuela está en sesión..
- Desarrolle un plan de respaldo con un familiar, vecino o amigo.
- Si su hijo parece ansioso por la escuela, comuníquese con la escuela para trabajar juntos y brindar apoyo..

Nuestra promesa para ti

Así como nuestro mensaje sobre la asistencia regular es Cada Día Cuenta, nuestro compromiso con usted es asegurarnos de que cada día cuente con respecto a la calidad de la experiencia educativa de su hijo(a). Sabemos que hay muchas razones para las ausencias escolares. Hay personas en la escuela de su hijo preparadas para ayudar si usted o su hijo(a) enfrentan desafíos para llegar a la escuela con regularidad y/o puntualidad. Prometemos darnos cuenta si su hijo(a) está ausente, comunicarnos con usted para comprender el motivo de la ausencia y trabajar con usted para eliminar las barreras e identificar los recursos para ayudar a su hijo a asistir a la escuela con regularidad.

Políticas del Distrito y Ley Estatal

Mientras trabajamos juntos, es importante que comprenda las políticas del distrito, así como la ley estatal para la asistencia obligatoria. El estado de Washington requiere que los niños de 8 a 17 años de edad asistan a una escuela privada o un programa de educación en el hogar aprobado por el distrito. Los niños de 6 o 7 años de edad no están obligados a inscribirse en la escuela; si están inscritos, deben asistir.

Se requiere que todas las escuelas tomen asistencia diaria y notifiquen a las familias cuando su hijo tiene 3 ausencias injustificadas en 1 mes, la ley estatal requiere que programemos una conferencia con usted y su hijo para eliminar las barreras e identificar los recursos para garantizar una asistencia regular. En la escuela primaria, después de 5 ausencias justificadas en cualquier mes, o 10 o más ausencias justificadas en el año escolar, se requiere que el distrito se comunique con usted para programar una conferencia. No se requiere una conferencia si se ha acordado previamente las ausencias por escrito o se ha proporcionado una nota del médico y se cuenta con un plan académico. Si su hijo(a) tiene un IEP o un Plan 504, el equipo que creó el plan debe volver a reunirse.

Antes de que un niño alcance 7 ausencias injustificadas en 1 mes, el distrito celebrará un acuerdo con el niño y la familia para establecer los requisitos de asistencia. Si su hijo tiene 7 ausencias injustificadas en cualquier mes o 15 ausencias injustificadas dentro del año escolar, debemos presentar una petición ante el tribunal de menores alegando una violación de RCW 28A.225.030, la ley de asistencia obligatoria. La petición se suspenderá automáticamente y su hijo(a) y su familia serán remitidos a una Junta de Participación Comunitaria u otro medio coordinado de intervención. Si el absentismo continúa, es posible que deba ir a la corte.

Mientras nos esforzamos por trabajar en asociación con usted, queremos comunicar la siguiente información:

- Se les pide a las familias que se comuniquen con la oficina de la escuela por teléfono, correo electrónico o nota escrita la mañana de la ausencia para justificar/documentar las ausencias justificadas. Las ausencias justificadas solo serán aceptadas hasta 2 días después de la ausencia.
- Si su hijo tiene una cantidad significativa de días sin enfermedad, la escuela se asociará con el proveedor médico y/o la enfermera de la escuela para implementar un plan para mejorar la asistencia para apoyar el aprendizaje y el éxito escolar.
- Solo cinco ausencias aprobadas por la familia serán elegibles para ser justificadas durante el año escolar.

Esperamos que asociarnos con usted para fomentar la asistencia regular y el acceso constante al aprendizaje en el aula conduzca al éxito de su hijo(a) en la escuela y la recepción de su diploma de escuela secundaria. Gracias por unirse a nosotros para enviar el mensaje de que **Cada Día Cuenta**. Háganos saber cómo podemos apoyar mejor a su hijo para que esté en la escuela todo el día, todos los días.

Reconocimiento de Información

Soy el padre/tutor del niño mencionado a continuación, y he recibido y leído la información de asistencia regular y absentismo escolar proporcionada por las escuelas de Mount Vernon con respecto a las ausencias justificadas e injustificadas y la ley de absentismo escolar.

Nombre de Estudiante

Escuela

Grado

Firma de Padre/Tutor

Fecha

*****Reconocimiento de Información*****

Soy el padre/tutor del niño mencionado a continuación, y he recibido y leído la información de asistencia regular y absentismo escolar proporcionada por las escuelas de Mount Vernon con respecto a las ausencias justificadas e injustificadas y la ley de absentismo escolar.

Nombre de Estudiante
Firma de Padre/Tutor

Escuela

Grado
Fecha



Aviso sobre la Información Escolar

Salvo en algunos casos, la Ley federal de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) exige que el Distrito Escolar de Mount Vernon obtenga su consentimiento por escrito antes de revelar información que conste en los registros educativos de su hijo y que permita identificarlo individualmente. Sin embargo, puede revelar aquellos datos correctamente denominados “Información Escolar” sin su consentimiento por escrito, a menos que usted le haya indicado al Distrito lo contrario en conformidad con los procedimientos de dicho Distrito. El objetivo principal de la Información Escolar es permitirle al Distrito Escolar de Mount Vernon incluir este tipo de información –tomada de los registros educativos de su hijo– en determinadas publicaciones escolares. Algunos ejemplos incluyen:

- El cartel de una obra de teatro que indica el papel que desempeña su hijo.
- El anuario escolar.
- El cuadro de honor u otras listas de reconocimiento.
- Los programas de graduación.
- Las planillas de actividades deportivas, como la lucha libre, en las que se exhibe el peso y la altura de los integrantes del equipo.

La Información Escolar es aquella que, si se divulga, no suele ser perjudicial ni considerarse una invasión de la privacidad. Dicha información también puede revelarse a organizaciones externas sin el consentimiento previo por escrito de los padres. Las organizaciones externas incluyen, entre otras, empresas que fabrican anillos de graduación o publican anuarios. Además, hay dos leyes federales que exigen que los organismos educativos locales (LEA, por sus siglas en inglés) que reciben asistencia conforme a la Ley de Educación Primaria y Secundaria (Elementary and Secondary Education Act, ESEA) de 1965 les proporcionen a los reclutadores militares, si lo solicitan, tres tipos de Información Escolar: nombres, direcciones y números de teléfono de estudiantes, a menos que los padres le hayan informado al LEA que no quieren que se revele la información de su hijo sin que ellos lo autoricen previamente por escrito.¹

Si no quiere que el Distrito Escolar de Mount Vernon revele Información Escolar de los registros educativos de su hijo sin que usted brinde consentimiento previo por escrito, debe notificárselo al Distrito por escrito antes del 15 de septiembre o dentro de los 14 días de haber recibido este Aviso sobre la Información Escolar. El Distrito Escolar de Mount Vernon ha determinado que la siguiente información constituye Información Escolar:

- Nombre del estudiante
- Grado escolar
- Fechas de inscripción
- Participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente
- Peso y altura de los integrantes de los equipos deportivos
- Títulos, honores y premios recibidos
- Escuelas del distrito a las que concurrió
- Trabajos realizados por el estudiante para publicaciones y fines escolares y/o fotografías de estudiantes para publicaciones y fines escolares

¹ Las leyes mencionadas son las siguientes: Sección 9528 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (Código de los Estados Unidos: 20 U.S.C. §7908) y sus enmiendas y Código de los Estados Unidos: 10 U.S.C. § 503 (c) y sus enmiendas.



SOLICITUD PARA RESTRINGIR LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN ESCOLAR

Información Escolar

La Ley federal de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia permite que los distritos escolares revelen Información Escolar a determinadas personas o instituciones (como los medios de comunicación, las universidades o el ejército), a menos que los padres o el tutor del estudiante soliciten que dicha información NO se divulgue.

El Procedimiento N.º 3231P de la Junta del Distrito Escolar de Mount Vernon define los siguientes datos como "Información Escolar":

- Nombre del estudiante
- Grado escolar
- Fechas de inscripción
- Participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente
- Peso y altura de los integrantes de los equipos deportivos
- Títulos, honores y premios recibidos
- Escuelas del distrito a las que concurrió
- Trabajos realizados por el estudiante para publicaciones y fines escolares y/o fotografías de estudiantes para publicaciones y fines escolares

Si usted está de acuerdo con que se revele Información Escolar sobre su hijo, no tiene que tomar ninguna medida.

Si NO quiere que el Distrito Escolar de Mount Vernon revele información escolar sobre su hijo, complete el siguiente formulario y envíelo a la escuela de su hijo antes del 15 de septiembre o dentro de los 14 días de haber recibido este formulario. Envíe un formulario por cada estudiante.

Revelación de información al ejército

La Ley federal de Educación Primaria y Secundaria exige que las escuelas preparatorias les proporcionen a los reclutadores militares una lista con nombres, direcciones y números de teléfono de estudiantes. Los padres tienen derecho a solicitar que el nombre de su hijo no se incluya en dicha lista. Si usted no está de acuerdo con que se le proporcione al ejército el nombre de su hijo, marque a continuación la casilla que corresponda y envíe este formulario a la escuela de su hijo antes del 15 de septiembre o dentro de los 14 días de haber recibido este formulario.

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

- ☐ **NO** proporcionar el nombre ni la información de contacto de mi hijo a ningún reclutador militar.
(mil)
- ☐ **NO** proporcionar el nombre ni la información de contacto de mi hijo a ninguna de las comunidades de educación superior.
(high ed)
- ☐ **NO** usar fotografías de mi hijo en ninguna publicación que se distribuya en todo el Distrito (por ejemplo, el calendario, sitio web) ni revelar la fotografía de mi hijo a los medios de comunicación.
(pub)
- ☐ **NO** revelar ninguna información escolar sobre mi hijo.
(dist)
- ☐ **NO** revelar información escolar sobre mi hijo, pero sí pueden incluir el nombre de mi hijo en el boletín escolar y en el directorio de la escuela.
(dist)
- ☐ **NO** incluir la fotografía individual de mi hijo en el anuario escolar.
(local)
- ☐ **Optar a favor de las llamadas y mensajes de texto automatizados:** todos los padres y/o tutores recibirán automáticamente llamadas o mensajes de texto automatizados del distrito escolar en caso de emergencia. Al marcar esta casilla, doy permiso para que el distrito escolar y la escuela me envíen llamadas telefónicas y mensajes de texto automatizados en caso de no emergencia, tales como información acerca de eventos y actividades escolares. Comprendo que puedo anular este permiso mediante contactar al gerente de la oficina escolar.

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____



Pautas para el uso adecuado de la tecnología

Política de uso aceptable para el estudiante

Acepto todos los derechos y responsabilidades de la ciudadanía digital.

- Me comporto de manera cortés y respetuosa con las personas en línea, tal como trato a la gente personalmente.
- Tengo derecho a acceder a Internet en la escuela, siempre y cuando la use de manera responsable.
- No revelo mi nombre, dirección ni número de teléfono a ninguna persona en línea, como tampoco comparto mi información personal con extraños.
- No revelo mi nombre de usuario ni contraseña, como tampoco le doy las llaves de mi casa a un extraño.
- Incluyo a otras personas en proyectos de aprendizaje digital, tengan o no una computadora, como también deseo que los miembros del equipo me incluyan a mí.
- No publico materiales hirientes ni ofensivos en Internet, como tampoco coloco grafitis hirientes ni ofensivos en la pared de mi cuarto.
- Apago mi teléfono celular en clase cuando la profesora lo solicita, como también lo hago en el cine para no molestar a las demás personas.
- No eliminaré ni dañaré el contenido digital que pertenezca a otra persona, como tampoco dañaré a una persona físicamente.
- No estafaré a ninguna persona ni robaré sus ideas, trabajo, música u obras de arte, como tampoco quiero que ninguna persona se aproveche del trabajo que yo creo.

A continuación se detalla lo que puede hacer en línea.

Visitar los sitios de Internet que su profesor le indique y usar las herramientas electrónicas de su PC para:

- Crear archivos, proyectos electrónicos, videos, páginas web y podcasts para proyectos de la clase.
- Crear contenidos para blogs, wikis, tableros de anuncios, sitios de redes sociales, comunidades en línea, páginas web, correos electrónicos y bases de datos del aula de clases.
- Publicar su trabajo escolar en el sitio web de la escuela, si su padre/madre o tutor le dan permiso.

A continuación se detalla lo que no puede hacer.

Sabotear la red.

- Realizar acciones que perjudiquen la integridad de la red de la escuela y sus recursos, como piratear (*hacking*), vulnerar sistemas (*cracking*) y destruir deliberadamente.
- Usar la información o los equipos de la escuela de manera inadecuada o ilegal.

Tomar de punto, atormentar, amenazar, acosar, humillar, avergonzar o poner en peligro a otras personas.

- Intimidar a personas a través del correo electrónico de la escuela o en el sitio web de esta.
- Difundir ideas de odio o discriminación, incluidos chistes y comentarios.
- Realizar acciones amenazantes o que puedan representar un peligro de daño para otras personas. Por ejemplo: compartir información sobre cómo hacer una bomba o fabricar drogas ilícitas.
- Acceder, cargar/descargar, almacenar o distribuir material obsceno, pornográfico o sexualmente explícito.

Mantener la seguridad en la calle y en Internet es igual de importante.

- Internet es una red mundial y nada en ella es verdaderamente privado. Por lo tanto, sea inteligente y sepa qué contenidos compartir. Mantenga la confidencialidad de su información personal y de la información de otras personas en línea. Usted no compartiría esta información con un extraño en la calle; haga lo mismo en Internet.

Sesiones de aprendizaje remotas/virtuales y juntas en Internet

- Por la seguridad y protección de los estudiantes y el personal, todas las sesiones de clases y juntas en Internet serán grabadas.

He tomado conocimiento de la Política de uso aceptable para el estudiante, la comprendo y la respetaré en todo momento.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Firma del Profesor _____ Fecha _____

Revise con sus hijos la Política de uso aceptable para el estudiante.

Mount Vernon es un distrito escolar que ofrece la opción de no divulgar cierta información ("Opt Out"). Firme y envíe esta sección del documento solamente si **NO** desea que su estudiante tenga acceso a Internet ni publique trabajos en línea.

____ No deseo que mi estudiante, _____, tenga acceso a Internet.



____ **No** deseo que mi estudiante, _____, publique trabajos en el sitio web de la
escuela/del distrito. (Nombre del estudiante)

____ **No** deseo que mi estudiante, _____, sea grabado/a en clases y juntas en
Internet. (Nombre del estudiante)

Firma del padre/de la madre/del tutor _____ Fecha _____



Notificación de derechos para alumnos de escuela primaria y secundaria

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) les concede a los padres y a los estudiantes mayores de 18 años (“estudiantes aptos”) determinados derechos con respecto a los registros educativos del alumno. Los derechos mencionados son los siguientes:

1. **Derecho a examinar y revisar los registros educativos del alumno dentro de un plazo de 45 días a partir del momento en que la escuela recibe una solicitud para acceder a ellos.** Los padres de los estudiantes aptos deben presentar ante el director de la escuela una solicitud por escrito en la que se especifique cuáles son los registros que desean examinar. La autoridad escolar coordinará el acceso a los registros y les notificará a los padres o al estudiante apto el horario y el lugar en que se podrán examinar los registros.
2. **Derecho a solicitar la modificación de los registros educativos del alumno si los padres o el estudiante apto consideran que son inexactos, que se pueden malinterpretar o que, de alguna manera, infringen los derechos de privacidad del estudiante conforme a la FERPA.** Los padres o los estudiantes aptos que deseen solicitarle a la escuela que modifique un registro deben dirigirse por escrito al director de la escuela, especificar claramente qué parte del registro desean que se modifique y por qué debe hacerse esa modificación. Si la escuela decide rechazar la solicitud de modificación del registro presentada por los padres o el estudiante apto, la escuela notificará esa decisión a los padres o al estudiante apto y les informará que tienen derecho a solicitar una audiencia con respecto al pedido de modificación. Los padres o el estudiante apto recibirán información adicional sobre los procedimientos para las audiencias cuando se les informe acerca de su derecho a solicitar una audiencia.
3. **Derecho a que la información que consta en los registros educativos del alumno y que permite identificarlo individualmente sea confidencial, excepto en la medida en que la FERPA autorice la revelación sin consentimiento.** Un caso en que la revelación sin consentimiento está permitida es cuando se revela información a las autoridades de la escuela que tienen intereses educativos legítimos. Se denomina “autoridad escolar” a toda persona que trabaja para la escuela como administrador, supervisor, instructor o miembro del personal de apoyo (incluso personal médico o de salud y empleados de la unidad responsable del cumplimiento de la ley); a toda persona que integra la junta escolar; a toda persona o empresa que presta servicios o desempeña funciones que, de lo contrario, debería prestar o desempeñar el personal de la escuela (por ejemplo: abogado, auditor, asesor médico o terapeuta); a todo padre, madre o alumno que integra una comisión oficial, tal como una comisión de disciplina o reclamos; o a todo padre, madre, estudiante u otra persona que ayuda voluntariamente a otra autoridad escolar a realizar sus tareas. Una autoridad escolar tiene un interés educativo legítimo cuando necesita revisar un registro educativo a fin de cumplir con sus obligaciones profesionales. Si se solicita, la escuela puede revelar registros educativos sin consentimiento a las autoridades de otro distrito escolar en el cual el estudiante desea o intenta inscribirse o en el que ya se inscribió, siempre que la finalidad de dicha revelación esté vinculada con la inscripción o el traslado del alumno.
4. **Derecho a presentar una queja ante el Departamento de Educación de los Estados Unidos (U.S. Department of Education) debido a supuestos incumplimientos de los requisitos de la FERPA por parte de la escuela.** Se incluyen a continuación el nombre y la dirección de la oficina responsable de la FERPA:

Family Policy Compliance Office
U.S. Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202-8520



Mount Vernon School District
124 E. Lawrence Street

Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayuda a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir en los términos de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos a niños y jóvenes que están en situación de falta de vivienda. (Vea el reverso para obtener más información)

Si usted es dueño de su vivienda o si la renta, no necesita contestar este formulario.

Si usted no es dueño de su vivienda ni la renta, marque todas las casillas que apliquen. (Entregar al enlace del distrito para personas sin vivienda. Puede encontrar la información de contacto al final de la página).

- | | |
|--|---|
| ☐ En un motel | ☐ Un automóvil, parque, campamento o lugar similar |
| ☐ En un refugio | ☐ Vivienda de transición |
| ☐ Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos | ☐ Otro _____ |
| ☐ En la casa o departamento de alguien más, con otra familia | |
| ☐ En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) | |

Nombre del estudiante: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Mes/Día/Año

Género: _____ ☐ El estudiante no tiene supervisión (no vive con un padre o tutor legal)
☐ El estudiante vive con un padre o tutor legal

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL: _____

NÚMETO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: _____ NOMBRE DEL CONTACTO _____

Nombre de los padres o tutores legales en letra de molde: _____
(O menor sin supervisión)

*Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____
(O menor sin supervisión)

*Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de Washington, que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

Devuelva este formulario contestado a:

Brad Edwards	360-428-6140	124 E. Lawrence Street, Mount Vernon, WA 98273
Enlace del Distrito	Número de teléfono	Ubicación

Para uso exclusivo del personal de la escuela Para efectos de recolección de datos y codificación en el sistema de información de estudiantes

☐ (N) No en situación de falta de vivienda ☐ (A) Refugios ☐ (B) Con otra familia ☐ (C) Sin refugio ☐ (D) Hoteles/Moteles

SEC. 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

- (1) Los términos 'inscribir' e 'inscripción' incluyen asistir a clases y participar plenamente de las actividades escolares.
- (2) El término 'niños y jóvenes en situación de falta de vivienda' —
 - (A) Significa individuos que carecen de una residencia fija, regular y adecuada donde pasar la noche (con el significado de la sección 103(a)(1)); y
 - (B) incluye a —
 - (i) niños y jóvenes que comparten la vivienda con otras personas, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares; que viven en moteles, hoteles, parques para casas rodantes o lugares para acampar debido a la falta de un alojamiento adecuado alternativo; que viven en refugios de emergencia o temporales, que son abandonados en hospitales; o que están esperando la colocación en tutela temporal;
 - (ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado como alojamiento regular para que las personas duerman ni utilizado ordinariamente para ese fin (con el significado de la sección 103(a)(2)(C));
 - (iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, lugares públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de tren o autobús o en entornos similares; y
 - (iv) niños migrantes (según su definición en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin vivienda para los fines de este subtítulo, porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).
- (6) El término 'menor sin supervisión' incluye a cualquier joven que no esté bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos adicionales

Puede encontrar información y recursos para los padres en las siguientes páginas:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php
<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

**SPECIAL
EDUCATION
ONLY**

**Complete only if you child had special education services
previously**

Mount Vernon School District Special Services
920 S. 2nd Street * Mount Vernon, WA 98273
Tel: (360) 428-6141 Fax: (360) 336-2715

**Recomendación para Servicios de Educación Especial Para estudiantes
transferidos de otro distrito escolar**

(Transfer referral for Special Education Services for students transferring from another school district)

Fecha de hoy: _____
(today's date)

Nombre del Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(student's name) (birthdate)

Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal: _____
(address)

Asiste a la Escuela: _____ Grado: _____
(school attending)_

Hombre del Padre/Tutor: _____
(parent/guardian name)

Teléfono del hogar: _____ Telefono celular: _____
(home phone) (cell phone)

Lengua materna: _____ Lengua maternal de los padres: _____
(child's primary language) (parents primary language)

Nombre & relación de la persona que hace la recomendación: _____
(name & relationship of the person making the referral)

Distrito Escolar Anterior: _____
(last school district attended)

Nombre de la Escuela: _____ Ciudad y Estado: _____
(school name) (city & state)

Permiso Para Traslado de Archivos de Educación Entre Escuela o Agencias. ☐ SI ☐ NO
(consent to release special education records from previous school district/agency)

¿Consentimiento para colocación y servicios para el estudiante en el programa de educación especial ?
(En caso negativo, favor de venir a la oficina de educación especial para recibir ayuda). ☐ SI ☐ NO
(consent to place and serve student in the special education program)



Firma de los Padres/Tutor

Elegible para Medicaid: (¿Reciben cupones médicos?) ☐ SI ☐ NO

Si elegible, tenemos consentimiento para verificar y cobrar de Medicaid? Lo remitimos al reverso..
(if eligible do we have consent to verify and bill Medicaid?) ☐ SI ☐ NO



Firma de los Padres/Tutor

Información de este lado solamente

Explicación de las solicitudes de consentimiento:

Propósito del consentimiento de los padres para servir: Un distrito escolar debe informar cabalmente a los padres/guardianes de toda la información relacionado con el distrito tomando una decisión respecto a la colocación inicial de un estudiante. Como padre, usted puede dar su consentimiento o no a alguna actividad propuesta por el distrito. Esta solicitud le pide su consentimiento. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud, puede llamar al director del distrito escolar de educación especial para obtener una explicación en cuanto a la razón por la cual se le está pidiendo una petición.

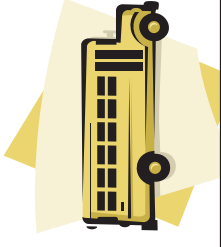
Al dar su consentimiento, usted reconoce que (1) usted ha sido plenamente informado de toda la información pertinente a la actividad por la cual se le está pidiendo su consentimiento, (2) que entiende que el otorgamiento del consentimiento es voluntario de su parte y puede ser revocado en cualquier tiempo, (3) si usted revoca su consentimiento, la revocación no es retroactiva, y (4) si usted se niega a dar su consentimiento, el distrito puede solicitar una mediación o una audiencia de debido proceso con el fin de anular su rechazo. * El consentimiento no es necesario si el distrito ha hecho las medidas razonables para obtener su consentimiento para servicios de educación especial y no ha respondido.

Consentimiento para Medicaid:

Verificación de elegibilidad de Medicaid. El distrito escolar tiene la obligación de presentar solicitudes para servicios relacionados con la salud para los estudiantes de educación especial o estudiantes que se refiere a la educación especial. Estos servicios incluyen terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje, audiología, enfermería, consejería y evaluación psicológica. Con su permiso, vamos a presentar el nombre del estudiante y fecha de nacimiento con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) para verificar la elegibilidad de Medicaid. Dicha solicitud de ninguna manera impactara negativamente los servicios incluidas en el programa de su niño de educación individualizada (IEP).

Padres, ¿están sus hijos listos para la escuela?

Vacunas requeridas para el ciclo escolar 2022-2023



Recursos para padres de familia y tutores legales

Instrucciones: para ver cuáles vacunas son requeridas para asistir a la escuela, encuentre el grado al que asistirá su hijo y lea únicamente la información acerca de las vacunas y dosis requeridas que se encuentra en esa hilera.

	Hepatitis B	DTaP/Tdap (Difteria, Tétanos, Pertusis) Las dosis requeridas pueden ser menos de las aquí indicadas	Polio Las dosis requeridas pueden ser menos de las aquí indicadas	MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola)	Varicela (Chickenpox)
Kínder al 6° Grado	3 dosis (Deben darse en el plazo de tiempo correcto)	5 dosis (Deben darse en el plazo de tiempo correcto)	4 dosis (Deben darse en el plazo de tiempo correcto)	2 dosis (Deben darse en el plazo de tiempo correcto)	2 dosis (Deben darse en el plazo de tiempo correcto) o El doctor verifica la enfermedad
7° al 12° Grado	3 dosis (Deben darse en el plazo de tiempo correcto)	5 dosis DTaP Y 1 dosis de Tdap (Deben darse en el plazo de tiempo correcto)	4 dosis (Deben darse en el plazo de tiempo correcto)	2 dosis (Deben darse en el plazo de tiempo correcto)	2 dosis (Deben darse en el plazo de tiempo correcto) o el médico verificó que el niño tuvo la enfermedad (Se permiten excepciones para ciertos estudiantes)

- Los estudiantes deben recibir las dosis de vacunas en el plazo de tiempo correcto para cumplir con los requisitos escolares de vacunación. Si usted tiene preguntas sobre los requisitos de vacunación para el ingreso escolar, hable con su proveedor de salud o personal escolar capacitado.
- Encuentre información sobre otras vacunas recomendadas pero no requeridas para el ingreso escolar en: www.immunize.org/cdc/schedules/



Certificado de Estado de Vacunación

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Reviewed by: _____ Date: _____

Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

Apellido del niño: _____						Nombre: _____			Inicial del segundo nombre: _____			Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____					
Firma del padre, la madre o el tutor						Fecha			Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional Fecha								
▲ Se requiere para la escuela ● Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar						Fecha DD/MM/AA			Fecha DD/MM/AA			Fecha DD/MM/AA			Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)		
Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil																	
● ▲ DTap (difteria, tétanos y tos ferina)													If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.				
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7º grado)													I certify that the child named on this CIS has: ☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease. ☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.				
● ▲ DT o Td (tétanos, difteria)													☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B		
● ▲ Hepatitis B													☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps		
● Hib (Haemophilus influenzae tipo b)													☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella		
● ▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)													☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)				
● ▲ OPV (polio)																	
● ▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)																	
● PCV/PPSV (antineumocócica)																	
● ▲ Varicela ☐ Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS																	
Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)																	
Gripe (influenza)													▲				
Hepatitis A																	
VPH (virus del papiloma humano)													Licensed Health Care Provider Signature Date				
MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)													▲				
MenB (meningococo tipo B)																	
Rotavirus													Printed Name				

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.	Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____
If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.	

Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.	Para imprimir con la información de la vacunación completada: Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicítele que imprima el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.myir.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waisrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo. Para llenar el formulario a mano: 1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno. 2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV. 3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela. ☐ Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity" y que firme el formulario. ☐ Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas. 4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity", y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado. 5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.
	<u>Registros médicos aceptables</u> Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo: • Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado. • Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico. • Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.
	<u>Estado condicional</u> Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la próxima dosis de la vacuna y tendrán un período adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias. Si el período condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

Para imprimir con la información de la vacunación completada:

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicítele que impriman el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.myir.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waisrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

Para llenar el formulario a mano:

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
 - ☐ Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés “Documentation of Disease Immunity” y que firme el formulario.
 - ☐ Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés “Documentation of Disease Immunity”, y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

Para llenar el formulario a mano:

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
 - ☐ Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity" y que firme el formulario.
 - ☐ Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity", y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
 - ☐ Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity" y que firme el formulario.
 - ☐ Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity", y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

Registros médicos aceptables
Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.

Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.
- Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.

Estado condicional
Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la próxima dosis de la vacuna y tendrán un período adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias.

Si el período condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib		Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap		Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu		FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Tenivac	Td
Bexsero	MenB		FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap		Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV		Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP		Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B		Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB		

Si usted tiene una discapacidad y necesita este documento en otro formato, por favor llame al 1-800-525-0127 (servicio TDD/TTY 711).

Distrito escolar de Mount Vernon
Formulario de inventario de salud

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Grado _____ Número de teléfono durante el día: _____

Vacunas: Doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar de Mount Vernon agregue información de vacunación al [Sistema de vacunación del estado de Washington](#) para ayudar a la escuela a mantener el registro de vacunación de mi hijo/a.

- ☐ Sí
☐ No

Ajustes o adaptaciones:

- ☐ Mi hijo/a requiere ayuda para ir al baño: _____
☐ Mi hijo/a tiene restricciones de actividad o durante educación física: _____

Preocupaciones de salud:

- ☐ Mi hijo/a **NO** tiene preocupaciones de salud en este momento
☐ Mi hijo/a ha sido diagnosticado con una condición que puede afectar el aprendizaje (**Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno del Espectro Autista, Retraso en el Desarrollo, Dislexia, Problemas de Audición, Problemas de Visión, etc.**) Por favor proporcione el diagnóstico:

- ☐ Mi hijo/a tiene una **condición potencialmente mortal** (anafilaxia, asma grave, diabetes, trastorno convulsivo, otro). Por favor, proporcione información adicional en la sección "**Condiciones de salud**" a continuación
☐ Mi hijo/a tiene **otros** problemas de salud (Seleccione entre la lista bajo "**Condiciones de salud**" a continuación)

Medicamentos:

- ☐ Medicamentos necesarios en la escuela (medicamentos de emergencia, medicamentos que toma todos los días, medicamentos según sea necesario, etc.)

- ☐ Medicamentos que toma en casa: _____

Nombre del médico de cabecera/clínica: _____

Historial de cirugías/hospitalizaciones: _____

Condiciones de salud:

- ☐ **Suprarrenal/Endocrino** (hiperplasia suprarrenal, hipertiroidismo, hipotiroidismo, etc.)

Descripción: _____

- ☐ **Alergias:**

- ☐ Alergia potencialmente mortal que requiere epinefrina:

☐ Alimento/Insecto: _____

☐ Otro (clima frío, etc.) _____

- ☐ Alergia leve:

☐ Alimento/insecto: _____

☐ Intolerancia alimentaria: _____

☐ Alergia a medicamentos: _____

☐ Alergia estacional/ambiental: _____

- ☐ **Asma:**

- ☐ Historial de hospitalización por asma.

☐ Medicamentos recetados para el asma: _____

- ☐ ¿Se necesita inhalador en la escuela?

☐ Factores que desencadenan el asma (ejercicio, enfermedad, clima, alergias): _____

- ☐ **Sangre** (Anemia, Hemofilia, Anemia falciforme, etc.):

Descripción: _____

- ☐ **Cáncer/Historial de cáncer:**

Descripción: _____

- ☐ **Cardíaco** (Arritmia/soplo, defecto cardíaco congénito, hipertensión, enfermedad de Raynaud, marcapasos, etc.):

Descripción: _____

- ☐ **Congénito/genético** (Afecciones genéticas, labio o paladar hendido, fibrosis quística, espectro alcohólico fetal, trisomía, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Diabetes:**
☐ Toma insulina
☐ Diagnosticado con diabetes insípida
- ☐ **Genitourinario/renal** (Dismenorrea, quistes ováricos, infecciones frecuentes del tracto urinario, tiene un riñón, problemas renales, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Audición/Oídos** (Infecciones crónicas del oído, Pérdida auditiva documentada, Audífonos, Tubos, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Inmune** (SIDA/VIH, Inmunodeficiencia Congénita, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Problemas de la salud mental** (Ansiedad, Depresión, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Conducta Desafiante, Trastorno de la Alimentación, Trastorno de Estrés Postraumático):
Descripción: _____
- ☐ **Musculoesquelético/ortopédico** (Artritis, distrofia muscular, espina bífida, escoliosis, aparatos ortopédicos, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Neurológico** (Parálisis cerebral, dolores de cabeza, conmoción cerebral/lesión cerebral, hidrocefalia, síndromes posvirales, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Condición nutricional/gastrointestinal** (Celiacía, Estreñimiento/Encopresis, Disfagia, Reflujo, Ostomía, Fenilcetonuria (PKU), Úlceras, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Hemorragias nasales** (Frecuente/Complejo): _____
- ☐ **Trasplante de órganos** (Proporcione información adicional): _____
- ☐ **Prematuro:**
Edad de nacimiento gestacional: _____ Duración de la hospitalización, si aplica: _____
- ☐ **Respiratorio** (Fibrosis Quística, Neumonías Frecuentes, Traqueotomía, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Convulsiones:**
☐ Medicamentos recetados para las convulsiones: _____
☐ ¿Estimulador del nervio vago?
☐ Convulsiones psicógenas (no epilépticas)
☐ Convulsiones febriles (proporcione la edad de la última convulsión febril): _____
- ☐ **Piel** (Dermatitis, Eczema, Eritema Multiforme, Psoriasis, Rosácea, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Sueño** (Apnea del sueño, dificultades con el horario de sueño, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Visión/Ojos** (Lentes de contacto/gafas, daltonismo, personas con discapacidad visual, etc.):
Descripción: _____
- ☐ **Otro:** _____
- ☐ **Me gustaría que la enfermera de la escuela me contacte con respecto a las adaptaciones de salud específicas requeridas para mi hijo.**

Completado por: _____
 Fecha en que se completó: _____

Relación con el estudiante: _____

Programa para obtener una tarjeta de la biblioteca para estudiantes
Una colaboración con la Biblioteca Mount Vernon Commons
Formulario para optar por no participar - Devuélvalo sólo si NO quiere
una tarjeta de la biblioteca

El **Distrito Escolar de Mount Vernon** y el **Ayuntamiento de Mount Vernon** han colaborado para ofrecer a todos los estudiantes acceso gratuito a los recursos de la biblioteca a través del programa para obtener una tarjeta de la biblioteca para estudiantes.

Con esta tarjeta, los estudiantes pueden usar libros, herramientas de investigación y libros electrónicos de la Biblioteca Mount Vernon Commons, tanto en persona como en línea. Los maestros también pueden utilizar estos recursos para apoyar el aprendizaje de los estudiantes.

Cómo funciona

Cada año, el Ayuntamiento crea automáticamente una tarjeta de la biblioteca para cada estudiante. Para ello, el distrito comparte la siguiente información del estudiante con la biblioteca:

- ✓ Nombre del estudiante
- ✓ Número de identificación del estudiante
- ✓ Nombre de la escuela
- ✓ Año de nacimiento (edad)
- ✓ Dirección de correo electrónico escolar

Esta información del estudiante puede estar **protegida por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA por sus siglas en inglés)**, una ley federal que ayuda a mantener la privacidad de los registros de los estudiantes.

¿No quiere participar?

Si quiere que su hijo **no** tenga una tarjeta de la biblioteca, marque la casilla siguiente, firme y devuelva este formulario.

☐ **NO quiero que mi hijo tenga una tarjeta de la biblioteca en la Biblioteca Mount Vernon Commons.**

Nombre del estudiante: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Si tiene preguntas, comuníquese con la escuela de su hijo o con el **Departamento de Enseñanza, Aprendizaje y Liderazgo** del Distrito Escolar de Mount Vernon.

Programa de Desayunos Escolares/Programa Nacional de Almuerzos Escolares
Carta a las familias del hogar 2026-2027 (Escuelas que ofrecen comidas gratuitas y escuelas bajo programas de provisión)

Estimado padre, madre o tutor:

Distrito Escolar Mount Vernon servirá comidas cada día escolar sin costo alguno. Es importante que aun así complete la Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Solicitud de beneficios educativos y elegibilidad para programas de nutrición infantil), ya que podría hacerlo elegible para: recibir beneficios de SUN Bucks, obtener tarifas reducidas en otros programas y actividades, o ayudar a conseguir recursos económicos para su distrito escolar.

¿Quién debe completar esta solicitud?

Complete la solicitud si:

- El ingreso total del hogar es el MISMO o es MENOR que la cantidad representada en la tabla.
- Usted recibe asistencia de Basic Food (programa de alimentos de primera necesidad), participa del programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) o recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) en nombre de sus hijos.
- Usted realiza esta solicitud en nombre de niños en hogar temporal bajo la tutela legal de una agencia de cuidado temporal o de un tribunal.

Entregue la solicitud a escuela de estudiantes.

Asegúrese de enviar UNA SOLA solicitud por hogar. Le comunicaremos si su solicitud ha sido autorizada o denegada. Los niños en hogares temporales, migrantes, sin hogar, que se escaparon de sus casas y que participan del programa Head Start definitivamente califican para recibir comidas gratuitas. Si completa una solicitud en nombre de estos niños, comuníquese con 360-428-6110 para obtener más información. Tenga en cuenta que, si tiene problemas para completar la solicitud, se puede designar a una persona ajena al hogar como representante autorizado con fines de procesamiento de la solicitud.

¿Qué cuenta como ingreso? ¿Quién se considera integrante de mi hogar?

Observe la tabla de ingresos que figura a continuación. Busque la cantidad de integrantes de su hogar. Busque el ingreso total de su hogar. Los hogares con ingresos iguales o por debajo de los límites de ingresos pueden ser elegibles para recibir los beneficios SUN Bucks. Si los integrantes del hogar reciben pagos en diferentes momentos del mes y no está seguro de si su hogar es elegible, complete una solicitud y nosotros evaluaremos la elegibilidad de sus ingresos por usted. La información incluida en la solicitud se utilizará para determinar la elegibilidad de su hijo para recibir beneficios SUN Bucks.

Los niños en hogares temporales bajo la tutela legal de una agencia de cuidado temporal o de un tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas sin importar el ingreso para uso personal. Si tiene alguna pregunta sobre solicitar beneficios de comidas para niños bajo tutela temporal, comuníquese con nosotros al 360-428-6110.

Pautas de elegibilidad de ingresos para el programa de nutrición infantil del USDA Vigentes desde el 1 de julio de 2026 al 30 de junio de 2027					
Cantidad de integrantes en el hogar	Anual	Por mes	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Por semana
1	\$29,526	\$2,461	\$1,231	\$1,136	\$568
2	\$40,034	\$3,337	\$1,669	\$1,540	\$770
3	\$50,542	\$4,212	\$2,106	\$1,944	\$972
4	\$61,050	\$5,088	\$2,544	\$2,349	\$1,175
5	\$71,558	\$5,964	\$2,982	\$2,753	\$1,377
6	\$82,066	\$6,839	\$3,420	\$3,157	\$1,579
7	\$92,574	\$7,715	\$3,858	\$3,561	\$1,781
8	\$103,082	\$8,591	\$4,296	\$3,965	\$1,983
Por cada integrante adicional de la familia, sume:	\$10,508	\$876	\$438	\$405	\$203

Con la palabra **HOGAR** se hace referencia a todas las personas, como los padres, niños, abuelos y todas las personas, sean familiares o no, que viven en su hogar y con las que comparte gastos básicos. Si completa la solicitud por un hogar con un niño bajo tutela temporal, debe incluir a ese niño en la cantidad total de integrantes del hogar.

Se considera como **INGRESO DEL HOGAR** al ingreso que cada integrante del hogar recibe sin incluir impuestos. Esto incluye salarios, seguro social, pensiones, subsidio de desempleo, beneficios sociales, manutención infantil, pensión alimenticia y toda otra forma de ingreso en efectivo. Si incluye a un niño bajo tutela temporal como parte de su hogar, también debe incluir el ingreso personal de ese niño. No informe los pagos por niños bajo tutela temporal como ingresos.

¿Qué información debe estar en la solicitud?

A. Hogares que no reciben ningún tipo de asistencia:

- Nombre completo del estudiante
- Nombre de todos los otros integrantes del hogar
- Ingresos por fuente de todos los otros integrantes del hogar
- Firma del integrante adulto del hogar
- Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del integrante adulto del hogar que firma esta solicitud (o si el adulto firmante no tiene un número de seguro social, seleccione la casilla relacionada).

Complete las *Partes 1, 2, 3, 4 y 5*; la *Parte 6* es opcional.

C. Familias que reciben Basic Food/TANF/FDIPIR:

- Ingrese todos los nombres de los estudiantes
- Ingrese un número de caso
- Firma del integrante adulto del hogar

Complete las *Partes 1, 2, 4 y 5*. La *Parte 6* es opcional.

No se requieren los últimos cuatro dígitos del SSN para el punto C.

B. Hogares solo con niños bajo tutela temporal

- Nombre completo del estudiante
- Firma del integrante adulto del hogar

Complete las *Partes 1 y 5*. La *Parte 6* es opcional. También puede enviar a la escuela una copia de la documentación del tribunal que certifique que le otorgaron la tutela temporal del niño o los niños que viven con usted en lugar de completar un formulario de solicitud.

No se requieren los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) para el punto B.

D. Hogares con niños bajo tutela temporal y otros niños:

Complete la solicitud del mismo modo que para un hogar y agregue a los niños bajo tutela temporal. Siga las instrucciones para completar el punto **"A: Hogares que no reciben ningún tipo de asistencia:"** y agregue el ingreso de uso personal del niño bajo tutela temporal.

Programa de Desayunos Escolares/Programa Nacional de Almuerzos Escolares

Carta a las familias del hogar 2026-2027 (Escuelas que ofrecen comidas gratuitas y escuelas bajo programas de provisión)

Toda la información incluida en la solicitud debe ser verdadera y no debe contener errores. Al completar esta solicitud, los integrantes de su hogar certifican que no reciben beneficios SUN Bucks a través de un estado diferente o una Organización Tribal Indígena, si corresponde. Usted confirma que esta información se proporciona en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que las autoridades escolares pueden corroborarla (verificarla). **Brindar información falsa intencionadamente llevará a que sus hijos pierdan estos beneficios y que usted quede sujeto a enfrentar procesos legales bajo las leyes penales estatales o federales aplicables.**

¿Qué sucede si no estoy recibiendo subsidios por alimentos de primera necesidad?

Si lo autorizaron para recibir los beneficios del programa Basic Food, pero no recibe el subsidio, usted puede ser elegible para obtener comidas gratuitas o a precio reducido. Debe completar un formulario de solicitud de comidas para obtener los beneficios y entregarlo en la escuela de su hijo.

¿Mi hijo califica de manera automática si tiene un número de caso?

Sí. Los niños que están en el TANF o en Basic Food pueden obtener comidas gratuitas, en tanto que los niños que reciben los beneficios de Medicaid pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido sin que un integrante de su hogar tenga que presentar una solicitud. La escuela identifica a estos niños mediante un proceso de cruce de datos. Luego, el personal de servicios de alimentos de la escuela recibe esta lista de coincidencias. Los estudiantes que están en la lista reciben comidas gratuitas si sus escuelas participan de los programas de desayuno o almuerzo gratuito y a precio reducido (no todas las escuelas participan). Comuníquese de inmediato con nosotros si cree que su hijo debería estar recibiendo comidas gratuitas y no las está recibiendo. Si no desea que su hijo participe en los programas de comida gratuita mediante este método, infórmele a la escuela.

Si algún integrante de mi hogar tiene un número de caso ¿todos mis hijos calificarán para recibir comidas gratuitas?

Sí. Si algún integrante de su hogar tiene un número de caso, además de un niño en tutela temporal, debe completar un formulario de solicitud y enviarlo a la escuela de su estudiante. Comuníquese de inmediato con nosotros si cree que otros niños en su hogar deberían estar recibiendo comidas gratuitas y no las están recibiendo.

Basic Food - ¿Puedo calificar para recibir asistencia para comprar comida?

Basic Food es el programa de cupones de alimentos estatal. Con este programa los integrantes de la familia logran cubrir sus gastos al recibir beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Participar del programa Basic Food es fácil! Puede realizar la solicitud en persona en la Community Service Office del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (Department of Social and Health Services, DSHS) local, o por correo electrónico o en línea. También existen otros beneficios. Puede obtener más información sobre Basic Food llamando al 1-877-501-2233 o ingresando en <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

Estamos en el ejército. ¿Debemos informar nuestros ingresos de una manera diferente?

Su sueldo básico y los bonos en efectivo se deben informar como ingresos. Si recibe subsidios en efectivo para viviendas fuera de la base militar, comida o ropa, también deben incluirse como ingresos. Sin embargo, si su vivienda pertenece a la Military Housing Privatization Initiative (Programa de Privatización de Vivienda Militar), no incluya el subsidio para viviendas como ingreso. Todo pago adicional por combate que resulte del despliegue militar también se excluye de los ingresos.

La solicitud de mi hijo se aprobó el año pasado. ¿Necesito completar una solicitud nueva?

Sí. La solicitud de su hijo solo sirve para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Debe presentar una nueva solicitud salvo que la escuela de su hijo le haya dicho que es elegible para el nuevo año escolar.

¿Qué sucede si algunos integrantes del hogar no tienen ingresos para informar?

Es posible que los integrantes del hogar no reciban algunos tipos de ingresos que le pedimos que declare en la solicitud, o que no reciban ningún ingreso. Siempre que esto suceda, escriba 0 en el campo correspondiente. Sin embargo, si algún campo de ingreso se deja vacío o en blanco, también se contará como cero. Tenga cuidado si deja los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que lo hizo intencionalmente.

Cobertura médica

Si tiene alguna duda sobre la cobertura médica o quiere solicitarla para los niños de su familia, consulte la página <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar a Washington Health Plan Finder al 1-855-923-4633.

¿Qué sucede si mi hijo necesita alimentación especial?

Si su hijo necesita alimentación especial, comuníquese con el departamento de servicios nutricionales de la escuela o del distrito.

Evidencia de elegibilidad

La información que proporcione se podrá corroborar en cualquier momento. Le pedirán que envíe información adicional para demostrar que su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Audiencia imparcial

Si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre la solicitud de su hijo o los procesos utilizados para demostrar la elegibilidad de los ingresos, puede consultar con el funcionario de audiencias imparciales. Tiene el derecho de una audiencia imparcial que puede organizarse al llamar a la escuela o distrito escolar al siguiente número 360-428-6110.

Presentación de una nueva solicitud

Puede solicitar los beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si tiene una reducción en los ingresos del hogar, un incremento en la cantidad de integrantes del hogar, pérdida de empleo, o recibe Basic Food, TANF o FDIPIR, puede ser elegible para beneficios y puede presentar la solicitud en cualquier momento.

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y las políticas y normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA) sobre derechos civiles, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas diferentes al inglés. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para acceder a la información del programa (como Braille, letra grande, cinta de audio o lengua de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia estatal o local encargada del programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y teleimpresora [TTY]), o contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027 "Formulario de denuncia por discriminación en programas del USDA" (USDA Program Discrimination Complaint Form), que se puede obtener en línea

en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, o puede llamar al (866) 632-9992 o enviar una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, además de una descripción detallada de la supuesta acción discriminatoria. Esto para ofrecer al Subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) toda la información necesaria sobre la naturaleza y la fecha de la posible violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por:

1. **Correo postal:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **Fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. **Correo electrónico:**
Program.Intake@usda.gov
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Cuando rellene el CNEEB, asegúrese de completar estas secciones.

2025–26 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Solicitud de Elegibilidad para Nutrición Infantil y Beneficios Educativos de 2025-26)

Presentar solicitud en línea: <https://www.qsd.wednet.edu/departments/nutrition-services/meal-application>
Distrito Escolar de Quincy

Esta solicitud puede calificar para: beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayudar a asegurar fondos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) está(n) inscrito(s) en una escuela de la Community Eligibility Provision (Disposición de Elegibilidad Comunitaria, CEP) o de la Disposición 2, completará esta solicitud no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo alguno.

Complete, firme y envíe esta solicitud a: **Cualquier oficina escolar o al Distrito Escolar de Quincy 404 1st Ave SW Quincy, WA 98848.**

Marque aquí si el año pasado recibió beneficios para alimentos: ☐

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y que asisten a la escuela. Si el estudiante está en acogida, sin hogar o recibe servicios de educación para inmigrantes, indique poniendo una "x" en la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque la casilla correcta para indicar con qué frecuencia se recibe. ☐ Sin hogar ☐ Migrante

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	MI	Crianza Temporal	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Quincenal	Mensual
			☐				\$	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐

2. Si alguno de los miembros del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. En caso contrario, vaya al punto 3.

☐ Basic Food (Alimentos básicos)

☐ TANF

☐ Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDPRI)

Número de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los demás miembros del hogar, indique los ingresos (en dólares enteros) y VERIFIQUE con qué frecuencia los recibe. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja en blanco las secciones de Ingresos, está prometiendo que no hay ingresos que declarar.

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes mencionados anteriormente)	Crianza Temporal	Ingresos del trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal	Quincenal	Mensual	Asistencia pública/Manutención de menores/ Pensión alimenticia	Semanal	Quincenal	Mensual	Pensiones/ Jubilación/ Seguridad Social (SSI)	Semanal	Quincenal	Bisemanal	Cualquier otro ingreso que no figura en la lista	Semanal	Quincenal	Mensual
	☐	\$	☐	☐	☐		☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐		☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐		☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐		☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐		☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Total de miembros del hogar (incluya a todas las personas que viven en su hogar): _____

(el total debe ser igual al número de miembros del hogar indicados anteriormente)

5. Información de contacto y firma - Complete, firme y envíe esta solicitud a:

Yo certifico (prometo) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, que todos los ingresos se declaran y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de otro Estado u Organización Tribal Indígena (si aplica). Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder estos beneficios y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letra de molde del Miembro adulto del hogar

Domicilio postal

Ciudad, Estado y Código postal

Número de teléfono durante el día

Fecha

Dirección de correo electrónico

Firma del Miembro adulto del hogar

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Añada el número de expediente si recibe beneficios de SNAP, TANF o FDIPIR.

Añadir los ingresos del estudiante, si los hay.

Añadir ingresos familiares

Incluya los últimos cuatro dígitos de su número de la Seguridad Social o indique que no tiene uno.

Los nombres de todos los miembros del hogar, indicando si alguno de ellos se encuentra actualmente en situación de cuidado temporal.

2026-2027 APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA NUTRICIÓN INFANTIL Y BENEFICIOS EDUCATIVOS

MOUNT VERNON SCHOOL DISTRICT

Esta aplicación puede calificarlo para: beneficios de comidas, beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayuda para asegurar fondos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) están inscritos en una escuela de Elegibilidad Comunitaria (CEP) o de Disposición 2, completar esta aplicación no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo.

Complete, firme y envíe esta solicitud a: escuela de estudiantes 124 E. Lawrence Street, Mount Vernon, WA 98273

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado: ☐

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Si el niño está en cuidado de crianza temporal, sin hogar, o recibiendo servicios abajo el programa de educación migrante, indíquelo colocando una “x” en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una “x” el casillero correcto para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. ☐ Sin hogar ☐ Migrante

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indígenas (FDPIR) Numero de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza		Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal		Cada 2 semanas		Dos veces por mes		Mensual		Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria	Semanal		Cada 2 semanas		Dos veces por mes		Mensual		Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)	Semanal		Cada 2 semanas		Dos veces por mes		Mensual		Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Semanal		Cada 2 semanas		Dos veces por mes		Mensual	
	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN) Marcar si no tiene SSN: ☐
(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar (opcional si solo está aplicando para EBT de verano)

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: escuela de estudiantes 124 E. Lawrence Street, Mount Vernon, WA 98273
Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que todo el ingreso ha sido reportado, y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de un estado diferente o de una organización Tribal Indígena (si corresponde). Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, Estado, & Código postal

Teléfono durante el día

Fecha

6. **Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)-** Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido

Marque una o más identidades raciales: ☐ Indio americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacífico ☐ Hispano o Latino

☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ No Hispano o Latino

Elegibilidad para Nutrición Infantil: La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

(1)correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

(2)fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o

(3)correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades. El Distrito Escolar de Mount Vernon no discrimina en ninguno de los programas o actividades según el sexo, la raza, el credo, la religión, el color, el origen nacional, la edad, el ser veterano o la situación militar, la orientación sexual, la expresión de género, la identidad de género, discapacidad o el uso de un perro guía capacitado o animal de servicio y proporciona un acceso equitativo a los Boy Scouts y otros grupos de jóvenes designados. Las preguntas en cuanto al cumplimiento y/o los procedimientos de resolución de conflictos pueden dirigirse al Coordinador de Quejas de los Derechos Civiles del Distrito/Título IX/HIB Coordinator, Jon Romngren, Director, 124 E. Lawrence Street Mount Vernon, WA 98273; (360)428-6110; Coordinador de la Legislación para los Estadounidenses con Discapacidades/Sección 504, Clint Carlton, Director Ejecutivo de Servicios de Apoyo Estudiantil, 920 S. Second Street, Mount Vernon, WA 98273, (360)428-6141.

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: ☐ Basic Food/TANF/FDPIR/Foster ☐ Income Household

APPLICATION APPROVED FOR: ☐ Free Meals ☐ Reduced-Price Meals

APPLICATION DENIED BECAUSE: ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Other:
☐ Incomplete/Missing Information

Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ 2x per Month ☐ Monthly ☐ Annual ☐

Total Household Size Total Household Income \$

Signature of Approving Official Date

Date Notice Sent

OSPI CNS

Page 2 of 2

**CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD
DEL PROGRAMA PARA OTROS PROGRAMAS ESCOLARES
Año escolar 2026-2027**

Si califica para comidas gratis oa precio reducido según el tamaño del hogar o los ingresos o, si recibe alimentos básicos, asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR), o ha sido certificado directamente como elegible para comidas gratis, puede ser elegible para tarifas reducidas para participar en otros programas escolares. Enviar o no enviar este formulario no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Debe marcar la casilla de cada programa en el que le gustaría participar y firmar el formulario para permitir que su estado de elegibilidad se comparta para otros beneficios del programa. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Mount Vernon High School al 360.428.6100.

Marque para participar	Título del programa escolar	Cómo se utilizará la información compartida
☐	Exenciones de tarifas de prueba	Reducción/exención de tarifas.
☐	Cursos universitarios y tarifas de solicitud	Reducción/exención de tarifas.
☐	Actividades extracurriculares	Reducción/exención de tarifas.
☐	Tarifas de clase	Reducción/exención de tarifas.
☐	TODOS los programas que aplican	Reducción/exención de tarifas.

Escriba aquí el nombre completo de los estudiantes que acepta compartir la elegibilidad de ingresos para calificar para los programas anteriores:

Nombre y Apellido del Estudiante	

Firma de la Madre/Tutor: _____

Fecha _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono _____

NO DISCRIMINACION

El Distrito Escolar de Mount Vernon no discrimina en el empleo, los programas o las actividades por motivos de edad, raza, color, origen nacional, credo, religión, sexo, orientación sexual, expresión de género, identidad de género, veterano licenciado honorable o estado militar, o la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física o el uso de un perro guía o animal de servicio entrenado por una persona con una discapacidad y proporciona igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Las consultas sobre el cumplimiento y/o los procedimientos de quejas pueden dirigirse al Coordinador de Cumplimiento de Derechos Civiles/Título IX del Distrito, Jon Ronngren, 124 E. Lawrence Street, Mount Vernon, WA 98273 (360) 428-6110; Coordinador de la Sección 504/ADA, Clint Carlton, Director Ejecutivo/Servicios de apoyo estudiantil. 920 S. Second Street, Mount Vernon, WA 98273, (360)428-6141.