



## Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

### Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

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

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

---

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

---

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

---

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Distrito o Charter _____	Fecha _____
Escuela _____	<b>Washington Elementary School District</b>

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)



(ESCUELA)

# Información Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Synergy Student ID#	
Projected Entry Date/Code	/
Actual Entry Date	

Date entered into Synergy:

**NOMBRE**

**LEGAL:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(APELLIDOS) (PRIMER NOMBRE) (SECUNDO NOMBRE)

**GÉNERO:**  F  M

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(MES) (DÍA) (AÑO)

**ESTADO DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**GRADO**  PS  KG  01  02  03  04  05  06  07  08

**PAÍS DE NACIMIENTO:**  USA  Otro \_\_\_\_\_

**FECHA DE ENTRADA A LOS EE. UU.:** \_\_\_\_\_

(SI ES DIFERENTE AL NOMBRE LEGAL)

(SI EL PAÍS DE ORIGEN NO ES ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

**NOMBRE COMÚN USADO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(APELLIDOS) (PRIMER NOMBRE)

**RAZA – POR LO MENOS SELECCIONE UNA**

Negra

Blanca

Asiática

Indígena Americana o Nativo de Alaska

Nativo de Hawái o Islas de Pacifico

**ETNICIDAD – SELECCIONE UNA RESPUESTA**

¿Hispano/Latino?  NO  SÍ

¿Su familia afirma tener alguna afiliación tribal indígena americana?  NO  SÍ  
(SI LA RESPUESTA ES SÍ, COMPLETE UN FORMULARIO 506)

**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA – 506**

Sent Home  In Synergy

No Number

**Escuela de Asistencia Anterior:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Nivel de Grado:** \_\_\_\_\_  
La escuela a la cual asistió previamente era:  Publica  Chárter  En la Reservación Indígena  Privada  Parroquial  Educado en Casa

¿Ha asistido el estudiante alguna escuela en el estado de Arizona?  NO  SÍ

¿Ha asistido el estudiante alguna vez a una escuela del Distrito Washington?  NO  SÍ **Escuela** \_\_\_\_\_ **Grado(s)** \_\_\_\_\_

¿ALGUNA VEZ EL ESTUDIANTE:			SÓLO PARA USO DE LA OFICINA - SPED	
ha recibido Educación Especial?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	explique: _____	<input type="checkbox"/> No Docs <input type="checkbox"/> Docs	
ha recibido Servicios Dotados?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	explique: _____	<input type="checkbox"/> Saved	
ha recibido Servicios de EL o Bilingües?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	explique: _____	<input type="checkbox"/> WESD Sped Docs in Synergy	
ha estado expulsado, suspendido a largo plazo o en proceso?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	explique: _____	<input type="checkbox"/> Resource <input type="checkbox"/> Self-Contained	

**ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS HERMANOS DE ESTE ESTUDIANTE DESDE PREESCOLAR HASTA EL OCTAVO GRADO:**

Nombre	Grado	Escuela	Vive con el niño(a) inscrito	
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	

Información de Custodia por Orden Judicial (Documentos Requeridos)			SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Custodia del Estudiante:	<input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> DCS		<input type="checkbox"/> No Docs <input type="checkbox"/> CSU Trifold Given	
	<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Legal Docs (Court, Notice to Provider)	
			<input type="checkbox"/> Unofficial Docs	
			<input type="checkbox"/> N/A	

El Distrito honra todas las órdenes y decretos de la corte en cuanto a situaciones de custodia. Es la responsabilidad de los adultos que tienen custodia del estudiante de entregar a la escuela una copia certificada de la orden de la corte o decreto.

**FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN DE LOS PADRES Y CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES



## DOMICILIO PRINCIPAL - Domicilio donde el estudiante(s) vive la mayoría del tiempo durante días escolares.

DOMICILIO RESIDENCIAL	#APT.	CUIDAD	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO PARA CORREO <small>(SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO PRINCIPAL)</small>		CUIDAD / ESTADO	CÓDIGO POSTAL

## MADRE, PADRE, TUTOR – Correo electrónico y # teléfono personales serán usados para mensajes automáticos relacionados con asistencias y notificaciones de la escuela y/o el Distrito.

### NOTIFICACIÓN AL PADRE, MADRE, TUTOR

De acuerdo con ARS§15-807, es su responsabilidad autorizar cualquier ausencia de su(s) estudiante(s) de la escuela y notificar a la escuela por adelantado o en el momento de cualquier ausencia. El padre/tutor también debe proporcionar al menos un número de teléfono, si dispone de él, en el momento de la inscripción y notificar inmediatamente a la escuela cualquier cambio en el número de teléfono.

1) APELLIDO(S)		NOMBRE	
GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN AL ESTUDIANTE	VIVE CON ESTUDIANTE INSCRITO No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
#CELULAR:		EMAIL:	
DIRECCIÓN <small>(SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO PRINCIPAL)</small>		CUIDAD / ESTADO	CÓDIGO POSTAL
#TELÉFONO DEL TRABAJO	SERVICIO MILITAR DE EE.UU. (OPCIONAL) SERVICIO ACTIVO <input type="checkbox"/> RESERVA ARMADA <input type="checkbox"/>		FECHA DE INICIO DEL SERVICIO MILITAR
FOR OFFICE USE ONLY			

2) APELLIDO(S)		NOMBRE	
GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN AL ESTUDIANTE	VIVE CON ESTUDIANTE INSCRITO No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
#CELULAR:		EMAIL:	
DIRECCIÓN <small>(SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO PRINCIPAL)</small>		CUIDAD / ESTADO	CÓDIGO POSTAL
#TELÉFONO DEL TRABAJO	SERVICIO MILITAR DE EE.UU. (OPCIONAL) SERVICIO ACTIVO <input type="checkbox"/> RESERVA ARMADA <input type="checkbox"/>		FECHA DE INICIO DEL SERVICIO MILITAR
FOR OFFICE USE ONLY			

3) APELLIDO(S)		NOMBRE	
GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN AL ESTUDIANTE	VIVE CON ESTUDIANTE INSCRITO No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
#CELULAR:		EMAIL:	
DIRECCIÓN <small>(SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO PRINCIPAL)</small>		CUIDAD / ESTADO	CÓDIGO POSTAL
#TELÉFONO DEL TRABAJO	SERVICIO MILITAR DE EE.UU. (OPCIONAL) SERVICIO ACTIVO <input type="checkbox"/> RESERVA ARMADA <input type="checkbox"/>		FECHA DE INICIO DEL SERVICIO MILITAR
FOR OFFICE USE ONLY			

## CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES – Escriba los nombres de las personas aparte de madre, padre, o tutor que pueden recoger y cuidar provisionalmente a su hijo(a) en caso de una emergencia.

1) NOMBRE	RELACIÓN AL ESTUDIANTE	
#CELULAR	#TELÉFONO DEL TRABAJO	#TELÉFONO DE CASA
2) NOMBRE	RELACIÓN AL ESTUDIANTE	
#CELULAR	#TELÉFONO DEL TRABAJO	#TELÉFONO DE CASA
3) NOMBRE	RELACIÓN AL ESTUDIANTE	
#CELULAR	#TELÉFONO DEL TRABAJO	#TELÉFONO DE CASA

SI HUBIESE LA NECESIDAD DE AÑADIR CONTACTOS ADICIONALES, PUEDE CONTACTAR A LA OFICINA DE LA ESCUELA

## GUARDERÍA – Escriba el nombre de la guardería/proveedor quien pudiese recoger a su hijo(a) después de escuela.

NOMBRE DE LA GUARDERÍA	#TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CUIDAD	CÓDIGO POSTAL

FIRMA	FECHA:
-------	--------



# FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE RESIDENCIA DE ARIZONA

**Incluyendo al estudiante(s) inscrito, escriba los nombres de todos los hermanos(as) de edad escolar que viven en la dirección que aparece en el documento que ha presentado:**

Inscribiendo estudiante: \_\_\_\_\_ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Padre/Guardián Legal \_\_\_\_\_

ESCRIBA EL NOMBRE

Como Padre/Guardián Legal del estudiante(s), declaro\* que soy residente del Estado de Arizona y presento en apoyo de este testimonio una copia de los siguientes **documentos** que **muestran mi nombre y dirección residencial** o descripción física de la propiedad **donde reside el estudiante, no se admiten apartados de correos:**

- \_\_\_ Licencia válida de conducir de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o matrícula del vehículo
- \_\_\_ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- \_\_\_ Documentos de escritura de bienes de raíces o hipoteca
- \_\_\_ Factura de impuesto de propiedad (*el más reciente*)
- \_\_\_ Acuerdo de alquiler o arrendamiento (incluido el acuerdo de la Sección 8) (*firmado por el propietario y el inquilino*)
- \_\_\_ Factura de agua, electricidad, gas, cable de televisión o de teléfono (*el más reciente y usando la dirección del servicio*)
- \_\_\_ Declaraciones bancarias o de tarjeta de crédito (*el más reciente*)
- \_\_\_ Declaración de salario W-2 (*el más reciente*)
- \_\_\_ Talón de pago (*el más reciente*)
- \_\_\_ Certificado de inscripción tribal (Formulario 506) o otra identificación expedida por una tribu Indígena reconocida que tiene una dirección en Arizona.
- \_\_\_ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración del Seguro Social, Administración de los Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.– (*el más reciente*)
- \_\_\_ Instalación temporaria de alojamientos en la base (para familias militares)
- \_\_\_ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir tarjeta de identificación consular
- \_\_\_ Actualmente no me es posible proveer ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he provisto una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que declara que yo o/y mi(s) hijo(s) hemos establecido residencia en Arizona con la persona firmando la declaración.

X

**FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL**

**FECHA**

\* Para los miembros de las fuerzas armadas, la provisión de documentación verificable no sirve como una declaración de residencia oficial para los impuestos u otros comprobantes legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar una instalación de alojamiento temporal en la base como la dirección para la prueba de residencia.



## Los Derechos Educativos de Niños y Jóvenes Sin Hogar

El LEA/Distrito Charter deberá proveer un ambiente educativo que trata a todos los estudiantes con dignidad y respeto. Cada estudiante sin hogar deberá tener acceso a las mismas oportunidades educativas gratuitas y apropiadas como los estudiantes quienes tienen hogar. Este compromiso a los derechos educativos de niños, jóvenes y jóvenes no acompañados sin hogar, aplica a todos los servicios, programas y actividades provistas o puestas a disposición.

### Definición de Sin Hogar por McKinney-Vento:

***El término “niños y jóvenes sin hogar”— significa individuos quienes carecen de una domicilio nocturna fija, regular y adecuada [\[42 U.S.C. § 11434a\(2\)\]](#).***

Se pudiese considerar a un estudiante elegible para servicios como un “Niño o Joven Sin Hogar” bajo la Ley de Asistencia para Personas Sin Hogar de McKinney-Vento si él o ella actualmente está viviendo en una de las situaciones siguientes:

- compartir la vivienda de otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar,
- viviendo en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o zonas para acampar debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado,
- viviendo en refugios de emergencia o de transición; o son abandonados en hospitales,
- tener una residencia nocturna principal que sea un lugar público o privado no diseñado ni utilizado habitualmente por seres humanos como alojamiento habitual para dormir,
- viviendo en vehículos, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, estaciones de autobús o tren o ambientes similares, o
- es un niño migratorio quien califica como sin hogar para el propósito de este subtítulo ya que los niños están viviendo en circunstancias descritas anteriormente.

Para eliminar las barreras educativas para los niños y los jóvenes sin hogar, la Ley McKinney-Vento exige lo siguiente: **Inscripción Inmediata:** La documentación y archivos de inmunización no pueden servir como una barrera para la inscripción en la escuela [42 U.S.C. §11432(g)(3)(C)].

**Selección de Escuelas e Inscripción Mantenido:** Estudiantes elegibles para McKinney Vento tienen el derecho de seleccionar de las opciones indicadas a continuación. Los estudiantes pueden mantenerse inscritos en sus escuelas seleccionadas por la duración de su situación sin hogar y hasta el final del año académico en el que se alojan permanentemente o se inscribe al niño o joven en cualquier escuela pública a los que los estudiantes con hogar que viven en el área de asistencia en la que el niño o joven son elegibles para participar.

[42 U.S.C. §11432(g)(3)(A), 42 U.S.C. §11432(g)(3)(B) and 42 U.S.C. §11432(g)(3)(I) (i)].

Escuela de Origen	Escuela de Domicilio
La escuela a la que el estudiante asistió cuando tenía alojamiento permanente	La escuela en el área de asistencia en la cual el estudiante actualmente vive
La escuela en la cual el estudiante estuvo inscrito la última vez	

**Servicios de Transportación:** Estudiantes elegibles para McKinney-Vento asistiendo a su Escuela de Origen tienen el derecho a servicios de transportación a y de la Escuela de Origen [42 U.S.C. §11432(g)(1)(J)(iii)].

**Participación en Programas:** A los estudiantes elegibles para McKinney-Vento se les garantiza el derecho a servicios comparables a los servicios ofrecidos a otros estudiantes en la escuela [42 U.S.C. §11432(g)(4) & (6)(iii)].

**Jóvenes No Acompañados Sin Hogar:** A los estudiantes elegibles para McKinney-Vento se les garantiza la inscripción inmediata sin prueba de tutela [42 U.S.C. §1432(g)(1)(H)(iv)].

**Acceso a Actividades Extracurriculares:** Eliminación de barreras para tener acceso actividades académicas y extracurriculares para estudiantes sin hogar que cumplen con los criterios relevantes [42 U.S.C. §11432(g)(1)(F)(iii)].

**Resolución de Disputas:** Si no están de acuerdo con los oficiales escolares acerca de la inscripción, transportación o trato justo de un niño o joven sin hogar, pueden presentar una queja ante el distrito escolar [42 U.S.C. §11432(g)(3)(E)].

**Nombramiento de un Enlace Local para Personas Sin Hogar:** La Ley McKinney-Vento requiere el nombramiento de un Enlace Local para Personas Sin Hogar en cada distrito escolar o agencia educativa local (LEA, por sus siglas en inglés) para asegurar que niños o jóvenes sin hogar estén inscritos y tengan una oportunidad completa e igual para tener éxito en la escuela [42 U.S.C. §11432(g)(1)(J)(ii) y U.S.C. §11432(g)(6)(A)].

Para más información, referirse a [Arizona Department of Education, Homeless Education, 42 USC CHAPTER 119, SUBCHAPTER VI, Part B: Education for Homeless Children and Youths, and the AZ State ESSA Plan](#). Además pueden comunicarse con:

<p><b>LEA Enlace para Persona Sin Hogar</b>            Distrito Escolar Washington            4650 West Sweetwater Ave            Glendale, Az 85304            (602)347-2643  <a href="mailto:mckinneyvento@wesdschools.org">mckinneyvento@wesdschools.org</a></p> 	<p><b>Coordinador del Programa Estatal de Educación para Personas Sin Hogar</b>            Departamento de Educación de Arizona            1535 W. Jefferson Street            Phoenix, AZ 85007            (602) 542-4963  <a href="mailto:Homeless@azed.gov">Homeless@azed.gov</a></p> 
---	--



## Cuestionario de Domicilio Estudiantil en Arizona

**FOR OFFICE USE ONLY**

Student #

School:

La información en este formulario es confidencial y utilizada para determinar si un niño o joven cumple con la definición de sin hogar bajo la Ley McKinney-Vento. El programa de Educación para Niños y Jóvenes Sin Hogar (EHCY, por sus siglas en inglés) como autorizado bajo el Título VII-B de la Ley de Asistencia para Personas Sin hogar McKinney-Vento (42 U.S.C. 11431 et seq.). Favor de tener en cuenta que, afirmaciones falsas acerca de situaciones de vida pueden afectar la inscripción.

### Sección A

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del individuo completando este formulario: \_\_\_\_\_

Su número telefónico: \_\_\_\_\_ Su dirección del correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Última escuela de asistencia: \_\_\_\_\_

Grado actual: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tienen otros niños asistiendo a clases en nuestro distrito? Si  No

¿Tienen niños de edad preescolar? Si  No

Favor de proveer información de los otros niños que asisten a clases en nuestro distrito o de edad preescolar.

Apellido	Nombre	Grado	Escuela	Distrito

Dirección en la que el estudiante durmió anoche: \_\_\_\_\_

¿Está esta dirección basada en arreglos de vivienda temporal debido a pérdida de vivienda? Si  No

(Ejemplos: compartiendo la vivienda con otros debido a dificultad económica o razón similar; hotel/motel; refugio; vivienda de transición; vehículo; parque, área de campamento; y vivienda deficiente, incluyendo falta de agua corriente, electricidad o espacio adecuado)

**NOTA: Si marcaron “No” a los arreglos temporales de Vivienda, pueden PARAR aquí. Si marcaron “Si”, favor de continuar a la sección siguiente.**

**Sección B**

Nombre del padre/tutor/adulto cuidando al estudiante: \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Si la dirección provista en la sección A esta basada en arreglos temporales de vivienda, ¿está basada en pérdida de vivienda o dificultad económica? Si  No

**Coloquen una "X" en cada cuadro que mejor describe dónde el estudiante duerme en la noche.**

- En un lugar sin ventanas, puertas, agua corriente, calefacción, electricidad o superpoblada
- Se queda con una amistad o familiar debido a la pérdida de vivienda, dificultad económica o razón similar  
(Ejemplo: desalojo, ejecución hipotecaria, incendio, inundación, pérdida de trabajo, divorcio, violencia doméstica, expulsión de los padres, huida de casa)

¿En qué fecha comenzó a quedarse aquí? \_\_\_\_\_

- Si están en un refugio/programa de vivienda transicional (nombre de la agencia): \_\_\_\_\_

¿En qué fecha comenzó a quedarse aquí? \_\_\_\_\_

- En un lugar desprotegido (e.g. tienda de campaña, edificio abandonado, calles, área de campamento, parque, estación de autobús/tren o lugar similar)

Proveer las calles principales transversales de este lugar desprotegido: \_\_\_\_\_

- En un hotel/motel (nombre & dirección del hotel/motel) \_\_\_\_\_

¿En qué fecha comenzó a quedarse aquí? \_\_\_\_\_

- Con un adulto que no es un padre/madre o tutor legal asignado por el tribunal
- Solo, no bajo el cuidado de los padres o tutor legal asignado por el tribunal

- Ninguno de los de arriba (Favor de explicar): \_\_\_\_\_

La firma siguiente certifica que la información provista arriba es verídica. Declaraciones falsas acerca de las situaciones de vida pueden afectar la inscripción.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Proveyendo Información  
Padres/Tutor Legal/Cuidadora/Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**For School Use Only (Solo para Uso Escolar)**

Please note, the student's cumulative file should not include a copy of this form. **Do not make copies of this form.** If Section B is filled out, please notify the LEA Homeless Education Liaison, and provide the original form to them.

Name of school site personnel who enrolled the student: \_\_\_\_\_

**For McKinney Vento Use Only (Solo para Uso de McKinney Vento)**

Please check the housing types that apply:

Sheltered  Doubled-up  Unsheltered/FEMA/Substandard  Hotel/Motel

Unaccompanied youth: Yes  No  Transportation to school of origin needed: Yes  No

Date received by Homeless Liaison  _____
--



# Identificación de Poblaciones Únicas

SOLO PARA USO DE LA OFICINA
School
Synergy Student ID#

NOMBRE COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN DE NACIMIENTO		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	_____ / _____ / _____	
	(APELLIDO)	(NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

IDIOMA HABLADO DE LOS PADRES \_\_\_\_\_  
(IDIOMA HABLADO MEJOR ENTENDIDO POR LOS PADRES)

1  SÍ  NO ¿Ha trabajado en trabajos relacionados con la agricultura, como trabajo de campo, empresas emparadoras de frutas o verduras, lecherías o ranchos en los últimos 3 años?

2  SÍ  NO ¿Se ha mudado recientemente con la familia de otra ciudad, estado o país para trabajar en los campos, emparadoras, lecherías o ranchos?

3  SÍ  NO ¿Se ha ido de Phoenix con la familia para ir a trabajar en los campos, emparadoras, lecherías o ranchos?

4  SÍ  NO ¿Es el estudiante un refugiado?

\_\_\_\_\_ (PAÍS) \_\_\_\_\_ (NÚMERO DE EXTRANJERO I-94) \_\_\_\_\_ (FECHA DE EMISIÓN)

5 **Agencia de reasentamiento:**

\_\_\_\_\_ (NOMBRE) \_\_\_\_\_ (TELÉFONO)

\_\_\_\_\_ (DIRECCIÓN) \_\_\_\_\_ (CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

6 **Administrador del caso de reasentamiento:**

\_\_\_\_\_ (NOMBRE) \_\_\_\_\_ (TELÉFONO) \_\_\_\_\_ (EXTENSIÓN)

7  SÍ  NO ¿El niño(a) nació fuera de los Estados Unidos? Si la respuesta es sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_ (PAÍS)

Si la respuesta es sí, ¿cuándo entró el niño(a) a los Estados Unidos? \_\_\_\_\_ (FECHA DE ENTRADA A EE. UU)

8  SÍ  NO Si el niño(a) nació fuera de los Estados Unidos, ¿están los padres en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

9 Si el niño(a) nació fuera de los Estados Unidos, enumere todas las escuelas a las que asistió durante los últimos 3 años:

Año Escolar	Grado	Nombre de la Escuela	Ciudad	Estado	País

Doy fe de que la información anterior es, según mi conocimiento, verdadera y correcta.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

If any answers are Yes, send the form to Academic Services, and keep a copy of the form in the cumulative folder



# Authorization to Release Student Records

## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR ARCHIVOS ESTUDIANTILES

Last School Attended: \_\_\_\_\_ Additional School: \_\_\_\_\_  
ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA ESCUELA ADICIONAL

School Address: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ESCUELA

School City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_  
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DE ESCUELA

School Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ District Name: \_\_\_\_\_  
NÚMERO TELEFÓNICO DE ESCUELA NOMBRE DE DISTRITO

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO GRADO

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO GRADO

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO GRADO

In accordance with Arizona Revised Statute 15-828, I authorize the release of all records, including birth certificate, academic, educational, medical (health), psychological, special education, social development, and gifted information to the Washington Elementary School District. Según 'Arizona Revised Statute 15-828', yo autorizo el compartir de todos los archivos, incluyendo el acta de nacimiento, información académica, educacional, médica (salud), psicológica, de educación especial, de desarrollo social, y de estudiantes dotados al Distrito Escolar Washington.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:  \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR FECHA

Please send academic file to: PLEASE SEND COPIES ONLY

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Abraham Lincoln Traditional</b><br>10444 N 39th Ave<br>Phoenix AZ 85051<br>602-896-6300 fax 602-896-6320    | <input type="checkbox"/> <b>Desert View Elementary</b><br>8621 N 3rd Street<br>Phoenix, AZ 85020<br>602-347-4000 fax 602-347-4020            | <input type="checkbox"/> <b>Mountain Sky Junior High</b><br>16225 N 7th Avenue<br>Phoenix, AZ 85023<br>602-896-6100 fax 602-896-6120 | <input type="checkbox"/> <b>Sahuaro Elementary</b><br>12835 N 33rd Avenue<br>Phoenix, Z 85029<br>602-896-6200 fax 602-896-6220         |
| <input type="checkbox"/> <b>Acacia Elementary</b><br>3021 W Evans Drive<br>Phoenix, AZ 85053<br>602-896-5000 fax 602-896-5020           | <input type="checkbox"/> <b>Ironwood Elementary</b><br>14850 N 39th Avenue<br>Phoenix, AZ 85053<br>602-896-5600 fax 602-896-5620             | <input type="checkbox"/> <b>Mountain View</b><br>801 W. Peoria Avenue<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-347-4100 fax 602-347-4120          | <input type="checkbox"/> <b>Shaw Butte Elementary</b><br>12202 N 21st Avenue<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-347-4200 fax 602-347-4220     |
| <input type="checkbox"/> <b>Alta Vista Elementary</b><br>8710 N 31st Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-2000 fax 602-347-2020       | <input type="checkbox"/> <b>John Jacobs Elementary</b><br>14421 N 23rd Avenue<br>Phoenix, AZ 85023<br>602-896-5700 fax 602-896-5720          | <input type="checkbox"/> <b>Ocotillo Elementary</b><br>3225 W Ocotillo Road<br>Phoenix, AZ 85017<br>602-347-2400 fax 602-347-2420    | <input type="checkbox"/> <b>Sunburst Elementary</b><br>14218 N 47th Avenue<br>Glendale, AZ 85306<br>602-896-6400 fax 602-896-6420      |
| <input type="checkbox"/> <b>Arroyo Elementary</b><br>4535 W Cholla Street<br>Glendale, AZ 85304<br>602-896-5100 fax 602-896-5120        | <input type="checkbox"/> <b>Lakeview Elementary</b><br>3040 W Yucca Street<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-896-5800 fax 602-896-5820             | <input type="checkbox"/> <b>Orangewood</b><br>7337 N 19th Avenue<br>Phoenix, AZ 85021<br>602-347-2900 fax 602-347-2920               | <input type="checkbox"/> <b>Sunnyslope</b><br>245 E. Mountain View Road<br>Phoenix, AZ 85020<br>602-347-4300 fax 602-347-4320          |
| <input type="checkbox"/> <b>Cactus Wren Elementary</b><br>9650 N 39th Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-2100 fax 602-347-2120      | <input type="checkbox"/> <b>Lookout Mountain Elementary</b><br>15 W Coral Gables Drive<br>Phoenix, AZ 85023<br>602-896-5900 fax 602-896-5920 | <input type="checkbox"/> <b>Palo Verde Middle School</b><br>7502 N 39th Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-2500 fax 602-347-2520 | <input type="checkbox"/> <b>Sunset Elementary</b><br>4626 W. Mountain View Road<br>Glendale, AZ 85302<br>602-347-3300 fax 602-347-3320 |
| <input type="checkbox"/> <b>Chaparral Elementary</b><br>3808 W Joan De Arc Avenue<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-896-5300 fax 602-896-5320 | <input type="checkbox"/> <b>Manzanita Elementary</b><br>8430 N 39th Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-2200 fax 602-347-2220             | <input type="checkbox"/> <b>R.E. Miller Elementary</b><br>2021 W Alice Avenue<br>Phoenix, AZ 85021<br>602-347-3000 fax 602-347-3020  | <input type="checkbox"/> <b>Sweetwater</b><br>4602 W Sweetwater Avenue<br>Glendale, AZ 85304<br>602-896-6500 fax 602-896-6520          |
| <input type="checkbox"/> <b>Cholla Middle School</b><br>3120 W Cholla Street<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-896-5400 fax 602-896-5420      | <input type="checkbox"/> <b>Maryland</b><br>6503 N 21st Avenue<br>Phoenix, AZ 85015<br>602-347-2300 fax 602-347-2320                         | <input type="checkbox"/> <b>Roadrunner Elementary</b><br>7702 N 39th Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-3100 fax 602-347-3120    | <input type="checkbox"/> <b>Tumbleweed Elementary</b><br>4001 W Laurel Lane<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-896-6600 fax 602-896-6620      |
| <input type="checkbox"/> <b>Desert Foothills Junior High</b><br>3333 W Banff Lane<br>Phoenix, AZ 85053<br>602-896-5500 fax 602-896-5520 | <input type="checkbox"/> <b>Moon Mountain Elementary</b><br>13425 N 19th Avenue<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-896-6000 fax 602-896-6020        | <input type="checkbox"/> <b>Royal Palm Middle School</b><br>8520 N 19th Avenue<br>Phoenix, AZ 85021<br>602-347-3200 fax 602-347-3220 | <input type="checkbox"/> <b>Washington Elementary</b><br>8033 N 27th Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-3400 fax 602-347-3420      |

Please send Psychological/Special Education file to:

Phone: 602-347-2604  
FAX: 602-347-2709

Washington Elementary School District #6

Attn: Special Services Department  
4650 W Sweetwater Avenue, Glendale, AZ 85304



# Información Médica Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Student ID# _____	
School: _____	
<input type="checkbox"/> Compliant immunization record in Synergy	
<input type="checkbox"/> Awaiting McKinney Vento eligibility	<input type="checkbox"/> Non-compliant immunization(s) CANNOT START SCHOOL UNTIL COMPLIANT

Apellido Legal: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante seguro médico?  NO  SÍ Nombre de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

¿Está el estudiante tomando actualmente algún medicamento?  NO  SÍ (Especifique) \_\_\_\_\_

Si respondió sí, ¿será necesario administrar medicamento en la escuela?  NO  SÍ  
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Usa lentes el estudiante?  NO  SÍ ¿Usa lentes de contacto el estudiante?  NO  SÍ

¿Requiere el estudiante una dieta especial debido a una alergia a comestibles que amenaza la vida?  NO  SÍ  
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante una discapacidad que requiere una dieta especial?  NO  SÍ  
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante dificultades auditivas?  NO  SÍ  
Si respondió sí, ¿Usa el estudiante aparatos de ayuda auditiva?  NO  SÍ

Marque las condiciones que aplican a su hijo(a) y explique abajo:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD   | <input type="checkbox"/> Alergias a Comestibles               |
| <input type="checkbox"/> Alergias   | <input type="checkbox"/> Condiciones Nasales o de la Garganta |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Condición de Visión/Ojo              |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos   | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca                   |
| <input type="checkbox"/> Desordenes Ataque/Convulsivo   | <input type="checkbox"/> Condición de los Riñones /Urinaria   |
| <input type="checkbox"/> Condición Estomacal /Digestiva   | <input type="checkbox"/> Condición Auditiva/Oído              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Informar la oficina de salud antes que el estudiante comience la escuela.) | <input type="checkbox"/> Otro, (especifique) _____            |

Favor de explicar las condiciones marcadas arriba: \_\_\_\_\_

Favor de alistar otras condiciones médicas/salud que pudiesen limitar las actividades estudiantiles en la escuela.

En caso de accidente o enfermedad, solicito que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no se puede comunicar conmigo o con cualquiera de los contactos de emergencia que he provisto, la escuela puede hacer cualesquier arreglos que se consideren necesarios. Dependiendo de la situación, el padre(s)/guardián del estudiante, no la escuela, pudiese ser responsables de los gastos incurridos.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_