



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

ENROLLMENT FORM



ESCUELA: _____

FECHA: _____

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Se requieren los siguientes documentos en adición al formulario de inscripción completado y firmado. Los documentos deben presentarse antes del primer día de clases del niño (a), a más tardar 30 días después del primer día.

- Identificación con foto del padre / tutor
- Certificado de nacimiento del alumno(a)
- Registro de vacunación del estudiante o exención (*waiver*)
- Transcripción o boleta de calificaciones más reciente
- Dos comprobantes de domicilio, como: Licencia de conducir, ID de Detroit, W-2, documentos de asistencia pública, talón de ingresos, correo oficial del gobierno, factura de servicios públicos, etc.

* Algunas familias pueden calificar para recibir asistencia con la obtención de documentos.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Sufijo (Jr., III, etc.)
Fecha de Nacimiento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Teléfono del Estudiante (si es aplicable): ()		Correo Electrónico del Estudiante (si es aplicable):	
Dirección física del estudiante:			
Calle:			Apt #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Dirección postal (si es diferente de la física)			
Calle:			Apt #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Grado a iniciar:	Año escolar:	¿Fue el alumno parte de nacimientos múltiples? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Nació el alumno(a) en los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: ¿Cuándo fue la primera matrícula en una escuela de EE. UU.? _____ (mes/año)			
¿El alumno participa en programas de educación excepcional (educación especial)? Seleccione uno.			
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí. El estudiante tiene un <i>Individualized Education Plan</i> (IEP)	
<input type="checkbox"/> Sí. El estudiante tiene un Plan 504		<input type="checkbox"/> Sí. Otro _____	
¿Se ha mudado el alumno(a) o la familia en los últimos 3 años en busca de empleo temporal o estacional en la agricultura o la pesca?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

IDIOMA DEL ESTUDIANTE

Idioma Nativo del Estudiante Inglés Otro _____

¿Se habla un idioma diferente al inglés en el hogar? No Sí: idioma hablado _____

¿Se ha matriculado alguna vez el estudiante en un programa bilingüe o para aprender inglés? Sí No

RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

Las siguientes preguntas se dan a todos los estudiantes para garantizar que nuestro distrito cumpla con la ley federal. Sus respuestas ayudarán al personal de la escuela a determinar si el estudiante es elegible para ciertos servicios de asistencia.

¿Vive el estudiante en alguno de los siguientes tipos de residencias?

- Albergue
 Alojamiento provisional
 Vivienda compartida con familiares, amigos u otros
 Hotel o motel
 Sin protección (como: Campamento, Automóvil, Parque, Edificio Abandonado, Vivienda Deficiente, Estación de Autobús o Tren, etc.)

¿Es el estudiante un menor no acompañado que no vive con un padre / tutor / familiar? Sí No

Si seleccionó alguna de las opciones anteriores, complete el Formulario de recomendación de estudiantes de McKinney Vento incluido en este paquete de Inscripción.

ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE

SELECCIONE TODO LAS QUE CORRESPONDA

Si no elige una respuesta, el Departamento de Educación de EE. UU. requiere que el Distrito proporcione una respuesta en su nombre.

Es el estudiante Latino/Latina/Latinx? Sí No

Raza del estudiante:

- Indígena americano o Nativo del Alaska
 Asiática
 Negra o Afroamericana
 Blanca (Seleccione una)
 Europea
 del Oriente Medio
 Norteafricana
 Nativo hawaiano / otra isla del Pacífico
 Otra / Múltiples Razas

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR

Escuela que el estudiante asistió más recientemente

Nombre: _____

Ciudad/Estado: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTORES

PADRE / TUTOR 1

Nombre y Apellido:

Relación con el Estudiante:

Celular: ()

Teléfono Residencial: ()

Teléfono Comercial (si es aplicable): ()

Correo Electrónico:

¿La misma dirección física del alumno? Sí No, provea la dirección:

Calle:

Apt #:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

¿El padre / tutor requiere comunicación de la escuela en un idioma que no sea inglés?

No Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Hablado _____

¿El padre / tutor legal está sirviendo actualmente en alguna rama del Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina o la Guardia Costera? Esto incluye la Guardia Nacional de Michigan o el personal de la Reserva. Sí No

PADRE / TUTOR 2

Nombre y Apellido:		Relación con el Estudiante:	
Celular: ()		Teléfono Residencial: ()	
Teléfono Comercial (si es aplicable): ()		Correo Electrónico:	
¿La misma dirección física del alumno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, provea la dirección:			
Calle:			Apt #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
¿El padre / tutor requiere comunicación de la escuela en un idioma que no sea inglés?			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Hablado _____			
¿El padre / tutor legal está sirviendo actualmente en alguna rama del Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina o la Guardia Costera? Esto incluye la Guardia Nacional de Michigan o el personal de la Reserva. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

PADRE / TUTOR 3

Nombre y Apellido:		Relación con el Estudiante:	
Celular: ()		Teléfono Residencial: ()	
Teléfono Comercial (si es aplicable): ()		Correo Electrónico:	
¿La misma dirección física del alumno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, provea la dirección:			
Calle:			Apt #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
¿El padre / tutor requiere comunicación de la escuela en un idioma que no sea inglés?			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Hablado _____			
¿El padre / tutor legal está sirviendo actualmente en alguna rama del Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina o la Guardia Costera? Esto incluye la Guardia Nacional de Michigan o el personal de la Reserva. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

PADRE / TUTOR 4

Nombre y Apellido:		Relación con el Estudiante:	
Celular: ()		Teléfono Residencial: ()	
Teléfono Comercial (si es aplicable): ()		Correo Electrónico:	
¿La misma dirección física del alumno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, provea la dirección:			
Calle:			Apt #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
¿El padre / tutor requiere comunicación de la escuela en un idioma que no sea inglés?			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Hablado _____			
¿El padre / tutor legal está sirviendo actualmente en alguna rama del Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina o la Guardia Costera? Esto incluye la Guardia Nacional de Michigan o el personal de la Reserva. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

HERMANOS EN ESCUELAS DPSCD

Nombre y Apellido:		Fecha de Nacimiento: / /
Relación con el Estudiante:	Escuela a la que va:	Grado:
Nombre y Apellido:		Fecha de Nacimiento: / /
Relación con el Estudiante:	Escuela a la que va:	Grado:
Nombre y Apellido:		Fecha de Nacimiento: / /
Relación con el Estudiante:	Escuela a la que va:	Grado:
Nombre y Apellido:		Fecha de Nacimiento: / /
Relación con el Estudiante:	Escuela a la que va:	Grado:
Nombre y Apellido:		Fecha de Nacimiento: / /
Relación con el Estudiante:	Escuela a la que va:	Grado:

COMUNICACIÓN MASIVA

Detroit Public Schools Community District utiliza herramientas de comunicación masiva que incluyen llamadas telefónicas, correo electrónico o mensajes de texto para notificar a las familias sobre el cierre de escuelas, noticias y eventos importantes.

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Certifico que la información presentada en este Formulario de inscripción es verdadera y correcta. Si es necesario, permitiré una entrevista por parte del Distrito para verificar. Entiendo que la información incorrecta puede ser motivo para revocar la inscripción. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina escolar apropiada si / cuando hay un cambio en cualquier información en este formulario.

Al firmar este Formulario de inscripción, acepto y estoy de acuerdo que si alguna declaración e información utilizada para determinar la residencia no es exacta, seré personalmente responsable de pagar al Distrito la matrícula y cualquier tarifa incurrida durante todos los períodos de tiempo que mi hijo(a) estuvo como no residente.

Firma del Padre / Tutor

Nombre escrito

Fecha



DPSCD no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad transgénero, discapacidad, edad, religión, estatura, peso, ciudadanía, estado matrimonial o familiar, estado militar, ascendencia, información genética, o cualquier otra categoría legalmente protegida, en sus programas y actividades educativas, incluidos el empleo y las admisiones. ¿Preguntas? ¿Preocupaciones? Contáctese con el Coordinador de derechos civiles al (313) 240-4377 o dpscd.compliance@detroitk12.org o 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202.



FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA DEL DISTRITO

EMERGENCY CONTACT & MEDICAL AUTHORIZATION FORM



ESCUELA: _____ **AÑO ESCOLAR:** _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre:		Apellido:		Fecha de Nacimiento: / /	
Grado:	Maestro del Salón:		Número del Salón:		
Domicilio:			Ciudad:		Código Postal:
Número de teléfono celular del estudiante: ()			Correo electrónico del estudiante:		
¿Con quién vive el estudiante? Seleccione todo las que correspondan: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro Familiar <input type="checkbox"/> Otro _____					

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

CONTACTO PRINCIPAL

Nombre:	Apellido:		Teléfono Celular: ()	Teléfono Residencial: ()	
Empleador:		Teléfono del trabajo: ()		Correo electrónico:	
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padres de Acogida <input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro _____					

CONTACTO SECUNDARIO

Nombre:	Apellido:		Teléfono Celular: ()	Teléfono Residencial: ()	
Empleador:		Teléfono del trabajo: ()		Correo electrónico:	
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padres de Acogida <input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro _____					

CONTACTO ADICIONAL

Nombre:	Apellido:		Teléfono Celular: ()	Teléfono Residencial: ()	
Empleador:		Teléfono del trabajo: ()		Correo electrónico:	
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padres de Acogida <input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro _____					

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA - CONTINUACIÓN

CONTACTO ADICIONAL

Nombre:	Apellido:	Teléfono Celular: ()	Teléfono Residencial: ()
Empleador:	Teléfono del trabajo: ()	Correo electrónico:	
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padres de Acogida <input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro _____			

HERMANOS EN LA CASA DEL ESTUDIANTE

Enumere todos los hermanos en el hogar del estudiante (incluidos los niños que no están en edad escolar)

Nombre:	Grado:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre:	Grado:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre:	Grado:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre:	Grado:	Fecha de Nacimiento: / /

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA / HOSPITALES

PARTE 1 – OTORGAR

Sólo se debe completar y firmar a continuación la parte 1 o la parte 2.

Nombre del médico:	Teléfono: ()	Domicilio:
Nombre del dentista:	Teléfono: ()	Domicilio:
Médico especialista (opcional):	Teléfono: ()	Domicilio:
Hospital local:	Teléfono de sala de emergencias: ()	Domicilio:

Autorización de Emergencia Médica Por la presente doy autorización para que un médico, enfermera licenciada u otro empleado designado por la administración de la escuela, proporcione tratamiento médico a mi hijo en caso de emergencia, incluso como resultado de actividades deportivas, que amenace la vida o la salud de mi hijo. Entiendo que el personal de la escuela y el personal médico actuarán de buena fe, de acuerdo con la ley vigente y en el mejor interés de mi hijo. El personal del DPSCD también se adherirá a las políticas aplicables. Al dar este consentimiento, hasta donde lo permita la ley, voluntariamente y con pleno conocimiento de su significado, libero y eximo de responsabilidad a DPSCD, a la Junta de Educación y a su personal, a los contratistas, agentes y voluntarios de la responsabilidad que resulte directa o indirectamente del tratamiento médico proporcionado. Además, autorizo a un médico, enfermero licenciado u otro empleado de la escuela designado por la administración de la escuela a hacer que mi hijo sea transportado al hospital más cercano para recibir tratamiento en caso de emergencia. Por la presente asumo la responsabilidad de los costos de cualquier tratamiento médico y transporte proporcionado a mi hijo, que puede incluir la indemnización del DPSCD por dichos costos.

Firma del Padre/Madre o Tutor: _____ Fecha _____

Nota: La información anterior se compartirá con el personal apropiado según sea necesario. Esto incluye, entre otros, a administradores, maestros, personal de apoyo, conductores de autobús, personal de servicio de alimentos, conserjes, entrenadores y empleados sustitutos. Por favor, notifique a la enfermera de la escuela en caso de tener inquietudes.

PARTE 2 – DENEGAR CONSENTIMIENTO

No complete la parte 2 si completó la parte 1.

NO DOY mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades de la escuela/distrito tomen las siguientes medidas:

Firma del Padre/Madre o Tutor: _____ Fecha _____





Estimado padre / tutor: La información en este formulario se utilizará para satisfacer las necesidades de salud de su hijo(a) en la escuela. Complete todas las secciones del formulario y luego firme y devuélvalo al maestro(a) de su hijo(a) lo antes posible. Cada estudiante debe tener un nuevo formulario completado a cada año.

Nombre de la Escuela:		Grado:		¿Es su hijo(a) nuevo(a) en el distrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del Estudiante:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento: / /		Sufijo (Jr., III, etc.)			
Nombre del Padre / Tutor:			Relación con el estudiante:		
Teléfono residencial o celular: ()			Teléfono del trabajo: ()		
Nombre del médico/centro médico:			Teléfono del Médico: ()		
Fecha del último examen físico: / / <input type="checkbox"/> Incierto			Fecha del último examen dental: / / <input type="checkbox"/> Incierto		
¿Qué tipo de seguro tiene su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) actualmente no tiene seguro			Si su hijo(a) tiene Medicaid, marque el nombre del plan: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> McLaren <input type="checkbox"/> Total Health Care <input type="checkbox"/> Blue Cross Complete <input type="checkbox"/> Meridian <input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> HAP Midwest <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Other		

¿Tiene su hijo alguna de las siguientes condiciones de salud?

AFECCIÓN MEDICA	SÍ	NO	AFECCIÓN MEDICA	SÍ	NO			
Alergias severas (comida, insectos, drogas, látex) En caso afirmativo, indique a qué es alérgico su hijo (ciertos alimentos, insectos, látex, etc.) En caso afirmativo, marque la reacción que ocurre: <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Otros			Depresión					
			Diabetes					
Alergias (estacionales)			Lesiones o conmociones cerebrales					
			Problemas de Audición					
			Problemas de Corazón					
			Envenenamiento por plomo					
			Embarazo					
			Convulsiones					
			Enfermedad de célula falciforme					
			Problemas del habla					
			Problemas de visión					
			Usa gafas					
			Problemas de comportamiento			Otras afecciones medicas, por favor enumere:		
			Problemas de vejiga o intestino					
Problemas dentales								

MEDICAMENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES*

- ¿Requiere su hijo algún medicamento diario para tomar en la escuela? Sí* No
- ¿Requiere su hijo algún medicamento de emergencia que se mantenga en la escuela? Sí* No
- ¿Requiere su hijo algún procedimiento especial en la escuela?
(alimentación por sonda gástrica, cateterismo, etc.) Sí* No

* Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores en Medicamentos y Procedimientos especiales, solicite al médico de su hijo que complete el formulario de autorización de procedimiento / medicamento adjunto. El formulario debe estar firmado por el médico y el padre y también debe renovarse cada año.

NECIDADES FAMILIARES

En los últimos 12 meses, ¿comió menos de lo que creía que debería porque no había suficiente dinero para la comida? Sí No

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Certifico que esta información es correcta a mi leal saber y entendimiento y es mi responsabilidad informar a la escuela si alguna de esta información cambia. También entiendo que esta información se puede compartir con el personal que necesita saber en la escuela de mi hijo para mantener a mi hijo(a) seguro(a) y protegido(a) mientras está en la escuela.

Firma de Padre o Tutor

Nombre Escrito

Fecha

TO BE COMPLETED BY OFFICE STAFF

	DATE	STAFF PERSON
Form Received		
Information entered into Student Information System		



DPSCD no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad transgénero, discapacidad, edad, religión, estatura, peso, ciudadanía, estado matrimonial o familiar, estado militar, ascendencia, información genética, o cualquier otra categoría legalmente protegida, en sus programas y actividades educativas, incluidos el empleo y las admisiones. ¿Preguntas? ¿Preocupaciones? Contáctese con el Coordinador de derechos civiles al (313) 240-4377 o dpscd.compliance@detroitk12.org o 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

CONSENT TO RELEASE HEALTH INFORMATION



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante:	Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre y apellido del Padre / Tutor:		Teléfono Residencial o Celular: ()	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar este formulario de Autorización para Divulgación de Información, yo autorizo lo siguiente:

- Autorizo a la escuela de mi hijo(a) a divulgar la siguiente información del estudiante a las personas / grupos listados a continuación: información de contacto familiar del niño(a) y de emergencia, registros de asistencia y disciplinarios, historial de vacunación, resultados de exámenes de salud como audición y visión, evaluaciones psicológicas, registros de educación especial, sección 504 del plan de adaptación y cualquier información relacionada con afecciones médicas, como asma, diabetes o convulsiones.
 - Los Proveedores de Atención Médica de mi hijo(a)
 - El Plan de seguro de salud de mi hijo(a)
 - Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y Departamento de Salud de Detroit (solo registros de vacunación)
 - Proveedores de servicios de salud escolar - véase más abajo
- Entiendo que compartir esta información permitirá que DPSCD trabaje con cada uno de estos individuos / grupos para coordinar la asistencia, proporcionar servicios de extensión si es necesario y mantener a mi hijo(a) sano(a) y seguro(a) en la escuela.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de cualquier registro divulgado. (Si desea recibir una copia, por favor proporcione un correo electrónico o una dirección postal a donde se deben enviar los registros.)
- Entiendo que estas personas pueden usar los registros proporcionados por DPSCD para contactarme y / o verificar información para fines relacionados con la salud del estudiante.
- Entiendo que mi autorización para permitir el intercambio de las informaciones anteriores es voluntaria y que caduca cuando mi hijo(a) deja el distrito escolar o se gradúe. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una nota o carta por escrito a la oficina de administración de la escuela.**

Los proveedores de servicios de salud escolares pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- Centros de salud escolares (*School Based Health Centers - SBHC*): capacidad para diagnosticar y tratar muchas afecciones comunes, como dolor de garganta, dolores de cabeza e infecciones del oído, y también para controlar afecciones de salud crónicas. El SBHC también puede proporcionar servicios de salud conductual.
- Servicios dentales: pueden incluir educación sobre salud bucal, exámenes de detección, aplicación de barniz de flúor, cuidado preventivo y limpieza, cuidado restaurativo / correctivo.
- Servicios visión: pueden incluir pruebas de detección, examen, tratamiento y / o correcciones, como gafas.
- Servicios de inmunización
- Servicios de salud conductual

Para que su hijo(a) reciba estos servicios de estos proveedores, usted deberá completar un formulario de inscripción separado para cada uno de los proveedores.

Nombre del Padre / Tutor:	Relación con el niño(a):	Fecha: / /
---------------------------	--------------------------	---------------



Permiso de Colaboración para la Salud de su Hijo PROVEEDORES DE SALUD, PLANES DE SALUD Y DEPARTAMENTOS DE SALUD



LEY DE DERECHOS EDUCATIVOS Y PRIVACIDAD FAMILIAR (FERPA)

¿Qué es FERPA?

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) es una ley federal que protege la privacidad de los registros educativos de los estudiantes. En general, las escuelas deben contar con un permiso por escrito de los padres, o del alumno si es mayor de 18 años, para poder divulgar cualquier información del registro educativo del alumno.

¿Permiso para qué?

El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit (Detroit Public Schools Community District) está solicitando su consentimiento porque es posible que necesitemos compartir la información contenida en los registros de nuestros estudiantes con el Proveedor de atención médica, el Plan de seguro médico, un Proveedor de servicios de salud escolares de su hijo(a), o según lo exija la ley, incluso a Michigan y Detroit Departamentos de salud. Los proveedores de atención médica son el (los) médico (s) o enfermero (s) que cuidan de su hijo, como se indica en los registros del distrito. Un plan de salud es una organización que administra los beneficios de atención médica de su hijo(a), como Medicaid o una compañía de seguros de salud.

¿Por qué esto es importante?

Este formulario de autorización permite al distrito, cuando lo solicite o sea necesario por ley, y / o ayudar con la coordinación de la atención médica, incluidos los beneficios, al compartir información de salud del registro educativo del estudiante. Sin su consentimiento, el distrito está limitado en cómo puede colaborar con el Proveedor de atención médica, el Plan de seguro médico o un Proveedor de servicios de salud escolares de su hijo(a) para ayudar a usted o a su hijo(a).

Lo que este formulario no hace.

- Este formulario sólo autoriza al distrito a divulgar información con fines limitados, con su consentimiento. Cada Proveedor de atención médica, Plan de seguro de salud o un Proveedor de servicios de salud escolar puede tener su propia forma de obtener su permiso para compartir información con el distrito.
- Su firma no autoriza al distrito a obtener tratamiento médico para su hijo en su nombre.

Por favor ayúdenos a conectarlo a usted y a su hijo con los servicios de salud firmando y devolviendo la página anterior.



FORMULARIO DE ALMUERZOS GRATUITOS Y A PRECIO REDUCIDO (FRL, por sus siglas en inglés)



FREE AND REDUCED LUNCH (FRL) FORM

Estimado padre, madre o tutor:

Nos complace informarles que el Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit participa de la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (CEP, por sus siglas en inglés) como parte de los programas nacionales de almuerzos y desayunos escolares. TODOS los alumnos inscriptos en nuestras escuelas pueden recibir un desayuno y un almuerzo saludables SIN CARGO en sus hogares todos los días.

Para apoyar este programa, el Distrito necesita **que todos los hogares completen y firmen el Reporte de información de la vivienda**. Le pedimos que lo completen **sin importar su nivel de ingresos**. La recopilación de este formulario para todos los alumnos es fundamental para determinar la cantidad de dinero que nuestras escuelas reciben de una variedad de programas suplementarios estatales y federales como Title I A, At-risk (31a), Title II A, E-Rate, etc.

Completar el formulario adjunto ayudará a garantizar que estén disponibles los siguientes beneficios y recursos para su hijo/a, su clase y la escuela:

- Programas de tutoría gratuita y programas extraescolares
- Auxiliares docentes adicionales y otro personal especializado para el salón de su hijo
- Tecnología en el salón: ordenadores, pizarras blancas e Internet
- Tarjetas de autobús del Departamento de Transporte y otras ayudas relacionadas con el transporte
- Escuela de verano gratuita y programas de enriquecimiento de verano
- Servicios gratuitos de pruebas universitarias y exención de las tasas de solicitud de admisión a la universidad
- Suministros y actividades para la participación de los padres y la comunidad
- Viajes de excursión, días de excursión y otras actividades de enriquecimiento académico
- Oportunidades formativas profesionales y técnicas

Les pedimos que lo completen y lo presenten como parte del paquete de inscripción para asegurar que nuestras escuelas tengan fondos adicionales para satisfacer las necesidades de los alumnos. Toda la información presentada en el reporte es confidencial. Sin su ayuda para completar y devolver el informe adjunto, nuestras escuelas no pueden maximizar el uso de los fondos estatales y federales disponibles.

Nota: si se está inscribiendo para el año escolar 2021-22, por favor, guarde este formulario y fírmelo y envíelo a su escuela después del 1° de julio de 2021. Los formularios completados antes del 1° de julio de 2021 no serán elegibles para el año escolar 2020-2021.

Si podemos ser de más ayuda, póngase en contacto con nosotros al (313) 578-7220.

Atentamente,
El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA

Por favor complete el formulario y fírmelo.



UN MIEMBRO DE LA VIVIENDA
ES CUALQUIER NIÑO
O ADULTO QUE VIVE CON USTED

SI ALGÚN miembro de la vivienda recibe prestaciones del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), del Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o del FDPIR, siga estas instrucciones:

- PARTE A | Ingrese el número de total de individuos que viven en su vivienda, incluidos todos los niños en la celda proporcionada.
- PARTE B | Enumere el número de caso de los miembros de la vivienda (incluidos los adultos) que reciben beneficios del FAP, FIP, o FDPIR.
- PARTE C | Enumere el nombre y apellido, la fecha de nacimiento y la escuela a la que asiste su hijo, y SH si no tiene hogar, M si es migrante, F si se ha fugado o A si es de acogida.
- PARTE D | Omita esta parte.
- PARTE E | Firme el formulario. Agregue aclaración y fecha.

Si su vivienda **NO** recibe prestaciones del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), del Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o del FDPIR, siga estas instrucciones:

- PARTE A | Enumere el número de total de individuos que viven en su vivienda, incluidos todos los niños.
- PARTE B | Omita esta parte.
- PARTE C | Enumere el nombre y apellido, la fecha de nacimiento y la escuela a la que asiste su hijo, y SH si no tiene hogar, M si es migrante, F si se ha fugado o A si es de acogida.
- PARTE D | Ingrese el ingreso bruto para cada tipo de ingreso que corresponda. Si usted no tiene ingresos para 1 o más categorías, haga un círculo en NINGUNO si no tiene ingresos. Sume las líneas 1-6 e introduzca el total de los ingresos mensuales de la vivienda.
- PARTE E | Firme el formulario. Agregue aclaración y fecha.



REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA

Para determinar la elegibilidad para varios beneficios de programas estatales y federales adicionales a los que su escuela puede tener derecho, por favor complete, firme y devuelva este informe a _____.

(Nombre de la escuela)

Estas secciones deben ser completadas por el jefe de la vivienda o su apoderado.

PARTE A. CANTIDAD DE MIEMBROS DE LA FAMILIA

Ingrese el número de total de individuos que viven en la vivienda, incluidos todos los adultos y niños _____.

PARTE B. BENEFICIOS ACTUALES

Complete la información a continuación si correspondiere

Si algún miembro de su vivienda recibe prestaciones del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), del Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o del FDPPIR proporcione el número de caso de la persona que recibe el beneficio. Los números de Bridge Card y Medicaid NO SON números de caso ACEPTABLES.

Nombre:	Número de caso:
---------	-----------------

PARTE C. INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Complete la información de cada alumno desde Preescolar hasta el 12º grado

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento XX/XX/XXXX	Escuela	Identifique SH si no tiene hogar, M si es migrante, F si se ha fugado, A si es de acogida
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA - CONTINUACIÓN

PARTE D. TOTAL DE LOS INGRESOS MENSUALES DE LA VIVIENDA

Indique los ingresos de todos los miembros de la vivienda, excluyendo a los niños de acogida.
Si ha informado un número de caso anteriormente, no es necesario que complete esta sección.
Simplemente firme e indique la fecha en el formulario.

Tipo de ingreso	Ingreso	Haga un círculo si no tiene ninguno
1. Ingresos mensuales brutos: sueldos, salarios, comisiones	\$	Ninguno
2. Pagos mensuales de asistencia social, manutención de los hijos, pensión alimenticia	\$	Ninguno
3. Pagos mensuales de pensiones, jubilación y seguridad social	\$	Ninguno
4. Dividendos o intereses mensuales de los ahorros	\$	Ninguno
5. Indemnizaciones mensuales por accidente de trabajo, prestaciones por desempleo y huelga	\$	Ninguno
6. Otros ingresos (SSI, VA, discapacidad, granja, otros)	\$	Ninguno
Total de los ingresos mensuales de la vivienda (sume las líneas 1-6)	\$	

PARTE E. FIRMA

Certifico (prometo) que todos los datos de este informe son verdaderos y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales/estatales en base a la información que proporcione. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información.

_____/_____/_____
Firma Fecha

Nombre

_____/_____/_____
Dirección Ciudad Código postal

_____/_____
Teléfono de casa Teléfono del trabajo

Dirección de correo electrónico (Al proporcionar su dirección de correo electrónico puede ser contactado por el distrito).



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

STUDENT MEDIA RELEASE



POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN

Para el Padre o Tutor de: _____
(Nombre escrito del Estudiante)

En ocasiones, los equipos de producción de video, fotografía y / o audio no comerciales aprobados por el Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit pueden estar presentes en la escuela o en una actividad autorizada por el Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit a la que asista su hijo, para resaltar la actividad, escuela, estudiante o el distrito en interés de promover la educación pública. Si acepta la participación de su hijo en el video / fotografía / audio, producciones / entrevistas / actividades que puedan tener lugar, firme a continuación después de leer lo siguiente.

Yo, _____, soy el padre / tutor del estudiante mencionado anteriormente.
(Nombre escrito del Padre / Tutor)

En interés de la educación pública, autorizo al Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit, su Junta de Educación y los equipos de producción no comerciales, que actúen a través de sus empleados o agentes autorizados, para usar, publicar y con derechos de autor audio y / o visual reproducciones de la voz y / o imagen del estudiante mencionado anteriormente, solo o con otras personas, con o sin el uso del nombre del estudiante para el uso exclusivo en interés de la educación pública relacionada con un proyecto autorizado por DPSCD.

Esta autorización está vigente a perpetuidad desde la fecha _____
(Nombre escrito del Alumno)

se torna un alumno de _____ hasta la fecha de su
(Nombre escrito de la escuela)

condición de alumno en DPSCD o en la escuela termine. Por la presente libero y eximo al Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit de cualquier responsabilidad, cualquier lesión, reclamo, daño o costo que surja del uso de imágenes o grabaciones de cualquier tipo y renuncio a cualquier solicitud de remuneración.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Dirección, Ciudad, Código Postal

MANTENGA EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA.

Oficina de Comunicaciones y Marketing
tel: 313-873-3494 | communications@detroitk12.org