



One Team, Una Familia!

Cartwright School District No. 83

5220 W. Indian School Rd Phoenix,
AZ 85031
Phone 623-691-4000
Fax 623-691-4079

Lista de documentos para inscripción

Se requiere que traigan consigo

- Acta de nacimiento original certificada del estudiante o un certificado de bautismo o una solicitud de número de seguro social
- Cartilla actualizada de vacunas/inmunizaciones del estudiante
- Comprobante de domicilio
 - (Para documentos aceptables referirse al Formulario de Documentación de Residencia de Arizona)
- Identificación de los padres / tutor
- Boleta de calificaciones/hoja de baja de la escuela anterior – si esta disponible.

Formularios de Inscripción (se puede descargar y completar antes de entregar, pero por favor firme y feche cuando este en la escuela)

- Formulario de Inscripción (Información del Estudiante) – completar y firmar el formulario
- Historial Médico Estudiantil – completar y firmar el formulario
- Encuesta sobre el Idioma en el Hogar – completar y firmar el formulario
- Formulario de Documentación de Residencia de Arizona – completar y firmar el formulario (incluya el nombre del estudiante que esta inscribiendo)
- Encuesta de Residencia– completar apropiadamente de acuerdo a sus necesidades y firmar el formulario
- Encuesta de Poblaciones Únicas – completar y firmar el formulario
- Encuesta de Información Medica – completar y firmar el formulario
- Autorización para Compartir Archivos Estudiantiles – completar y firmar el formulario

Documentos adicionales que pudiese necesitar

- Documentación de guardián/custodia (si corresponde)
- Formulario de documentación de residencia de Arizona (si corresponde)



Formulario de inscripción

Familias, empiecen aquí. Por favor llene el formulario en su totalidad.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Apellido Legal		Nombre	Segundo nombre
Apellido que usa el estudiante (si es diferente al de arriba)		Nombre/ Apodo que usa el estudiante (si es diferente al de arriba)	
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Grado	Fecha de nacimiento	Ciudad, estado, país de nacimiento	
Nombre de la madre como aparece en el certificado de nacimiento		Nombre del padre como aparece en el certificado de nacimiento	
SERVICIOS PARA LOS ESTUDIANTES ¿Ha estado su niño alguna vez inscrito en un Programa para Superdotados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha recibido su niño alguna vez Servicios Especiales, incluyendo Habla/Idioma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Desea una conferencia con la trabajadora social de la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Etnicidad: Hispana o Latina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza (Marque todo lo que se aplique): <input type="checkbox"/> asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena americano o Nativo de Alaska: Nombre tribal _____ CIB # _____		
Última escuela a la que asistió	Ciudad, estado	Teléfono	

PADRES/GUARDIANES - DEBEN SER GUARDIANES LEGALES – TODOS LOS DEMÁS DEBEN ESTAR EN LA LISTA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA A CONTINUACIÓN

PADRE/GUARDIAN VIVE CON EL ESTUDIANTE	Relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro guardián legal (por favor especifique y proporcione documentos legales)		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Comunicación entre la escuela y el hogar? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		
	Apellido	Nombre	Segundo nombre	<input checked="" type="checkbox"/> Vive con el estudiante <input type="checkbox"/> Padre inscribiendo <input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Derechos Ed. <input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Correspondencia permitida <input type="checkbox"/> Entregar a <input type="checkbox"/> Resp. Financiera		
	Teléfono principal ¿Okay enviar Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar	Teléfono 2 ¿Okay enviar Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar	Correo electrónico			
	Dirección		Ciudad, código postal	Dirección postal (si es diferente)		Ciudad, código postal

PADRE/GUARDIAN	Relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro guardián legal (por favor especifique y proporcione documentos legales)		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Comunicación entre la escuela y el hogar? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		
	Apellido	Nombre	Segundo nombre	<input type="checkbox"/> Vive con el estudiante <input type="checkbox"/> Padre inscribiendo <input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Derechos Ed. <input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Correspondencia permitida <input type="checkbox"/> Entregar a <input type="checkbox"/> Resp. Financiera		
	Teléfono principal ¿Okay enviar Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar	Teléfono 2 ¿Okay enviar Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar	Correo electrónico			
	Dirección		Ciudad, código postal	Dirección postal (si es diferente)		Ciudad, código postal

CONTACTOS DE EMERGENCIA, que no sean el padre/guardián anotados arriba, que tienen permiso para recoger al niño o para ser contactados en caso de emergencia o enfermedad. Los estudiantes no se dejarán ir con una persona que no esté anotada como un contacto de emergencia.

1	Nombre y Apellido	Teléfono	Relación: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro: _____
2	Nombre y Apellido	Teléfono	Relación: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro: _____
3	Nombre y Apellido	Teléfono	Relación: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro: _____
4	Nombre y Apellido	Teléfono	Relación: <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro: _____

Si es necesario, Pueden proporcionar contactos adicionales a la oficina de la escuela.

La información anotada arriba es precisa y completa según mi mejor entendimiento

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	Fecha AZELLA más reciente: _____	Cuidados después de la escuela: <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> PAC <input type="checkbox"/> recoge <input type="checkbox"/> camina <input type="checkbox"/> Otro:	Número del estudiante	EDFI ID
	Total Nivel de habilidad: _____			
	Historial de Programa ELL más reciente	Inscripción especial: <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Transferencia de residente <input type="checkbox"/> No residente	Escuela	Grado
	Fecha: _____	Verificación de nacimiento: <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> BAP <input type="checkbox"/> INS <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> NP	Maestro	Sección Salón
	<input type="checkbox"/> Programa ELL más reciente <input type="checkbox"/> Salida de SPED más reciente <input type="checkbox"/> Retiro más reciente de los padres	Edad Sept. 1	Fecha de entrada	Código de entrada



Historial Médico

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que llena esta forma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el alumno(a): _____

HISTORIAL MÉDICA DEL ALUMNO: Sírvase indicar las fechas:

ADD/ADHD <input type="checkbox"/>	En que Fecha:	Asma <input type="checkbox"/>	En que Fecha:
Alergias: Temporales: <input type="checkbox"/> Medicamentos: <input type="checkbox"/> Comida: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>	En que Fecha:		Alergia Especifica
Varicela	En que Fecha:	Diabetes <input type="checkbox"/>	En que Fecha:
Problemas del Corazón: Especifique:	En que Fecha:	Hemofilia	En que Fecha:
Convulsiones: <input type="checkbox"/> Se debe de llenar el plan de cuidado para convulsiones	Tipo:		En que Fecha:
Otro: Especifique			En que Fecha:

HISTORIAL QUIRÚRGICO DEL ESTUDIANTE: (Indique las fechas)

Apendicectomía <input type="checkbox"/>	Hernia <input type="checkbox"/>	Oído <input type="checkbox"/>	Amigdalectomía <input type="checkbox"/>	Ojo <input type="checkbox"/>	Otra:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	
Exámenes Especiales:	Célula Falciforme <input type="checkbox"/>	Resultado:	Tuberculosis: Fecha:	Resultado:	
¿Enfermedades o lesiones graves? Describa:					
¿Al presente, está su hijo(a) tomando alguna medicina?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Medicamento		Razón			
Medicamento		Razón			
¿Ha su hijo(a) tomado alguna medicina durante un período largo de tiempo?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombres:		Medicamentos: _____ Razón: _____	
Se ha diagnosticado a su hijo(a) con algún problema de audición o de la vista?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Explique: _____	
Tiene su hijo(a) alguna discapacidad u otras condiciones significativas de las que debemos estar enterados?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Explique: _____	

Historial de Desarrollo

Si su respuesta es 'Si' provea una explicación.

Edad de la madre al dar a luz	Duración del embarazo	Peso al nacer	
¿Dio a luz un solo bebe? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de bebes	Prematuro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Problemas durante el embarazo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique:			
Uso medicamentos/drogas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique:			
Uso alcohol o tabaco Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique:			

Avances importantes de desarrollo

	TEMPRANO	TIPICO	TARDIO	SI TARDÍO, ¿A QUÉ EDAD?
Se sentó solo(a)	<input type="checkbox"/> Antes de 5 meses	<input type="checkbox"/> 5-8 meses	<input type="checkbox"/> Después de 8 meses	_____
Gateó	<input type="checkbox"/> Antes de 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-10 meses	<input type="checkbox"/> Después de 10 meses	_____
Caminó	<input type="checkbox"/> Antes de 10 meses	<input type="checkbox"/> 10-15 meses	<input type="checkbox"/> Después de 15 meses	_____
Dijo sus primeras palabras	<input type="checkbox"/> Antes de 10 meses	<input type="checkbox"/> 10-16 meses	<input type="checkbox"/> Después de 16 meses	_____
Dijo frases de 2 ó 3 palabras	<input type="checkbox"/> Antes de 15 meses	<input type="checkbox"/> 15-24 meses	<input type="checkbox"/> Después de 24 meses	_____
Aprendió a ir solo al baño	<input type="checkbox"/> Antes de 2 años	<input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> Después de 3 años	_____



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 aprendices 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?

Form fields for student information: Nombre del estudiante, Fecha de nacimiento, Firma del padre o tutor, Distrito o Charter (Cartwright School District #83), Escuela, Distrito, Núm. de identificación, SSID, Fecha.

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 05-2023)

1535 West Jefferson Street • Phoenix, Arizona 85007 • 602-542-0753 • www.azed.gov/oelas



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: **C.S.D. #83**

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:**

- 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 *(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)
- 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.



CARTWRIGHT SCHOOL DISTRICT #83
CUESTIONARIO DE VIVIENDA

La información en este formulario es confidencial y se utiliza para determinar si un niño o joven cumple con la definición de persona sin hogar basado en la Ley McKinney-Vento. El Programa de Educación para Niños y Jóvenes sin Hogar (EHCY, por sus siglas en Inglés), según lo autorizado en virtud del Título VII-B de la Ley McKinney-Vento de asistencia a las personas sin hogar (42 U.S.C. 11431 et seq.). Tenga en cuenta que el reportar condiciones de vivienda falsas pueden afectar la inscripción.

SECCIÓN A

Fecha de Hoy: _____

Nombre de la persona que está llenando esta solicitud: _____

Parentesco con el alumno: _____

Su número de teléfono: _____

Su correo electrónico: _____

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Última escuela que asistió: _____ Grado Actual: _____

¿Tiene algún otro alumno asistiendo a alguna escuela dentro de nuestro distrito? Sí _____ NO _____

¿Tiene algún hijo en edad de pre-escolar? Sí _____ NO _____

Anote la información sobre niños adicionales que asisten a una escuela en nuestro distrito o en edad preescolar..

APELLIDO	NOMBRE	GRADO	ESCUELA	DISTRITO

Dirección donde durmió el alumno anoche:

¿Esta dirección se basa en un acuerdo de vivienda temporal? Sí _____ NO _____

(Ejemplos: hotel, refugio, vivienda de transición; compartir la vivienda de otros debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares; coche, parque, campamento.)

AVISO: Si marcó "NO" al acuerdo de vivienda temporal, puede PARAR aquí. Si marcó "SÍ", continúe con la siguiente sección.



**CARTWRIGHT SCHOOL DISTRICT #83
CUESTIONARIO DE VIVIENDA**

SECCIÓN B

Marque una "X" en cada situación que describa dónde duerme el estudiante por la noche.

- En un lugar que no tiene ventanas, puertas, agua potable, calefacción, electricidad o está sobrepoblado.
- Se está quedando con un amigo o familiar debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o motivos similares (Ejemplo: desalojo, ejecución hipotecaria, incendio, inundación, pérdida de trabajo, divorcio, violencia doméstica, expulsión de los padres, huir de casa) ¿En qué fecha comenzó a quedarse allí? _____
- En un programa de refugio/vivienda de transición (nombre de la agencia):
_____ ¿En qué fecha comenzó a quedarse allí?

- En un lugar desprotegido (por ejemplo, tienda de campaña, vehículo, edificio abandonado, calles, campamento, parque, estación de autobús/tren o lugar similar) Proporcione las calles principales cercanas a este lugar desprotegido: _____
- En un hotel/motel (nombre del hotel/motel y dirección)
_____ ¿
En qué fecha comenzó a quedarse allí? _____
- Con un adulto que no es el padre o tutor legal designado por el tribunal.
- Solo, sin el cuidado de un padre o tutor legal designado por el tribunal.
- Ninguno de los antes mencionados (Explique):

La siguiente firma certifica que la información proporcionada anteriormente es exacta. El reportar condiciones falsas sobre la vivienda pueden afectar la inscripción.

Firma de la persona que llenó el formulario
(Padre/Tutor Legal/ Persona al cuidado/ Alumno)

Fecha

FOR SCHOOL USE ONLY(Usó de la Oficina únicamente)

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.

El expediente acumulativo del estudiante no debe incluir una copia de este formulario. No haga copias de este formulario. Si se completa la sección B, notifique al Coordinador de Educación para personas sin hogar de la escuela y proporcionarle el formulario original.

Name of school site personnel who enrolled the student: *Nombre de la persona quien se encargó de la inscripción del alumno:*



For Office Use Only
School Name: _____
Enter Date: _____
Student ID: _____

Identificación de poblaciones únicas

Las poblaciones únicas suelen ser elegibles para recibir apoyo y servicios adicionales a través del distrito escolar. La información en este formulario sólo utilizarse para identificar el estado de su hijo y su familia para identificar áreas de apoyo. Gracias por tu tiempo y cooperación.

Nombre legal del estudiante (como aparece en el certificado de nacimiento):

Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento
----------	---------------	---------------------

Nombre que usa el estudiante:

Apellido	Primer Nombre
----------	---------------

Elegibilidad: Programa de Educación Migrante

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 el campo, emparadoras, lecherías o ranchos?

3 Sí No ¿Ha dejado Phoenix con la familia para ir a trabajar en el campo, empresas emparadoras, lecherías o ranchos?

Elegibilidad: Programa de ORR-RSI

4 Sí No ¿El estudiante es elegible para ORR (SIV, amerasiático, refugiado, persona en libertad condicional humanitaria, asilado, visa U o T)?

País de origen: _____ Numero de I-94 registro: _____ Fecha de emisión: _____

Tipo de Visa: SQ3 U/T V-92 Otro

5 Nombre de agencia de reasentamiento: __ IRC __ Lutheran Social Services of SW __ Catholic Charities __ Other

6 Nombre de asistente social del reasentamiento: _____ Teléfono: _____

Elegibilidad para apoyo a inmigrantes

7 Sí No Nació su hijo/a fuera de los Estados Unidos? **¿Si es así, en que país?** _____

8 Sí No Si el niño nació fuera de los EE. UU., ¿Los padres son militares activos?

9 Si el niño nació fuera de los EE. UU, enumere todas las escuelas a las que asistió en los últimos tres años:

Año Escolar	Grado	Nombre de Escuela	Ciudad	Estado	País

Firma de padre/tutor legal: X _____ Fecha: _____

Office Staff: If any answers are Yes, scan to the documents tab in Synergy (separately) & email Andrea Barrera at Educational Services



Sólo para uso de la oficina

Nombre de estudiante	
Fecha de nacimiento	

PERM ID		Room #	
Grade		Teacher	

INFORMACIÓN MEDICA

<input type="checkbox"/> Seguro medico / <input type="checkbox"/> AHCCCS:		Hospital que Prefiere:	
Médico:		Tel:	
Condiciones médicas o enfermedades:			
Alergias: <input type="checkbox"/> Temporales <input type="checkbox"/> Comida: <input type="checkbox"/> Medicinas: <input type="checkbox"/> Otras:			
Medicinas que está tomando actualmente:			

Mi hijo(a) puede recibir los siguientes tratamientos en la escuela a discreción de la enfermera: (marca Sí / No)

Atomizador Chloraseptic (dolor de garganta)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caramelos para la tos (tos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Loción Calamine/Caladryl (picaduras de insectos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enjuague salino para los ojos (irritación de los ojos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pomada de Antibióticos (cortadas/abrasión)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aceite de clavo de olor (dolor de dientes)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Oxígeno (emergencias solamente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Campho-phenique</i> (para ampollas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Acetaminofeno (genérico de <i>Tylenol</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ibuprofeno (genérico de Advil) <i>Solo para mayores de 12 años</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Firma del Padre o Tutor: _____

Fecha:

Tel:

FAVOR DE NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA INMEDIATAMENTE SI LA INFORMACIÓN EN ESTA FORMA CAMBIA DURANTE EL AÑO ESCOLAR

PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE

ENCUESTA LABORAL DE PADRES



Nombre(s) de estudiante(s): _____

Nombre del distrito: _____ Fecha: _____

Número de niños en el hogar: _____ Edad(es) de niño(s) _____

Nombre(s) de la(s) escuela(s) que asiste(n) los niños _____

Nombre(s) de padre(s)/ tutor(es) _____

Domicilio: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____ Número de teléfono _____

Raza/ Origen étnico de los niño(s) (seleccione todos los que correspondan):

- Indio Americano o Nativo de Alaska (si es seleccionado, anote la afiliación tribal: _____)
 Latino/a Negro/a o Afroamericano/a Blanco/a Nativo de Hawaii o Islas del Pacifico Asiático

1. ¿Han participado sus niños en el Programa de Educación Migrante en Arizona o en otro estado?

Si No Si es un sí, anote la fecha y estado en el que recibieron los servicios: _____

2. ¿En los últimos 3 años, se ha movido su familia de una ciudad, condado o estado a otro para buscar o empezar un trabajo? Si No

Si es un sí, anote la fecha en que llegaron al lugar donde viven hoy: _____

3. ¿En los últimos 3 años, usted o alguien en su familia inmediata ha trabajado en uno de los siguientes trabajos por temporada? Si No Si es un sí, seleccione el tipo de empleo:

<input type="checkbox"/> Agricultura (plantar o cosechar vegetales o frutas tal como lechugas, tomates, broccoli, fresas, dátiles, limones, etc.) 	<input type="checkbox"/> Lecherías /Ganaderos / Gallineros (cuidar, reunir manadas, alimentar, marcar, deshuesar o matar vacas, cerdos o aves) 
<input type="checkbox"/> Plantar (plantar semillas, crecer o cortar arboles, preparar la tierra, etc.) 	<input type="checkbox"/> Empacar o Procesar Carnes (pelar, colgar, cortar, congelar carne de vaca, cerdo o aves) 
<input type="checkbox"/> Empacar o Procesar Productos Agrícolas (limpiar, pesar, cortar, clasificar, congelar, empacar, etc.) 	<input type="checkbox"/> Pesca (escamar, cortar o congelar pescado u otros mariscos; poner producto crudo en un contenedor) 
<input type="checkbox"/> Subsistencia Personal (la familia consume lo que cosecha, pesca, o cuida, tal como ganado o aves de corral) 	<input type="checkbox"/> Otros trabajos en la agricultura o la pesca Por favor explique: _____

Preguntas Adicionales

1. ¿Perdió su vivienda debido a un desalojo o incapacidad de pagar un alquiler o hipoteca por dificultades económicas, conflicto, abuso o daño a su vivienda anterior? Si No
2. ¿Se está quedando su familia con un amigo o pariente debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas u otra razón relacionada? Si No
3. ¿Se está alojando su familia en un lugar sin protección (por ejemplo una casa de campar, vehículo, edificio abandonado, calles, campamento, parque, estación de autobús/tren o un lugar similar)? Si No
4. ¿Está cuidando temporalmente a un niño o joven (de 3 a 21 años) que recientemente perdió su vivienda (por ejemplo sus padres se mudaron inesperadamente o sus padres ya no pueden mantenerlos económicamente)? Si No

Por favor devuelva este formulario a la escuela lo más pronto posible



Academic Achievement

Alternativo - Elegibilidad de Ingresos

El Departamento de Educación de Arizona proporciona las siguientes Directrices de Ingresos del Año Fiscal 2025 para determinar la elegibilidad de los ingresos para una variedad de programas de financiación federal. Este formulario debe utilizarse como un medio alternativo para recopilar información de elegibilidad de ingresos del hogar del estudiante y las organizaciones deben conservar los formularios completados durante un período de cinco años.

Definición de ingresos: todos los elementos, como los salarios y salarios antes de cualquier deducción, y otros ingresos, como el trabajo por cuenta propia, el bienestar, la seguridad social, los beneficios de jubilación, la compensación por desempleo, la compensación del trabajador, la ayuda para hijos dependientes, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, las pensiones, el seguro o los pagos de anualidades, etc.

Exclusión: el valor de las comidas, la leche o los beneficios de EBT para los niños NO se considerará un ingreso en el hogar.

¿Su hogar está en o por debajo de las directrices de ingresos actuales basadas en la Ley de Educación Primaria y Secundaria adjunta, modificada por el calendario de Directrices de Elegibilidad de Ingresos de la Ley de Éxito de Todos los Estudiantes?

Sí, Elegibilidad de ingresos 1 (Indicador 1 en AzEDS):

Sí, Elegibilidad de ingresos 2 (Indicador 2 en AzEDS):

No:

Si su hogar califica, complete la siguiente información para cada estudiante:

<u>Nombre Del Estudiante</u>	<u>Nombre de la Escuela</u>	<u>Grado</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por la presente certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta:

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____



Academic Achievement

Income Eligibility Guidelines: July 1, 2024- June 30, 2025

Income Eligibility 1

HOW OFTEN INCOME WAS RECEIVED

Family Size:	Yearly	Monthly	2 x Month (Bi-Monthly)	Bi-Weekly (Every Two Weeks)	Weekly
1	\$19,578	\$1,632	\$816	\$753	\$377
2	\$26,572	\$2,215	\$1,108	\$1,022	\$511
3	\$33,566	\$2,798	\$1,399	\$1,291	\$646
4	\$40,560	\$3,380	\$1,690	\$1,560	\$780
5	\$47,554	\$3,963	\$1,982	\$1,829	\$915
6	\$54,548	\$4,546	\$2,273	\$2,098	\$1,049
7	\$61,542	\$5,129	\$2,565	\$2,367	\$1,184
8	\$68,536	\$5,712	\$2,856	\$2,636	\$1,318
Each Additional Member Add:	+\$6,994	+\$583	+\$292	+\$269	+\$135

Income Eligibility 2

HOW OFTEN INCOME WAS RECEIVED

Family Size:	Yearly	Monthly	2 x Month (Bi-Monthly)	Bi-Weekly (Every Two Weeks)	Weekly
1	\$27,861	\$2,322	\$1,161	\$1,072	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$1,576	\$1,455	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$1,991	\$1,838	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$2,405	\$2,220	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$2,820	\$2,603	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$3,235	\$2,966	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$3,650	\$3,369	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$4,064	\$3,752	\$1,876
Each Additional Member Add:	+\$9,953	+\$830	+\$415	+\$383	+\$192

If all income is received on the same schedule
 Example: alimony = \$100 / month & pension = \$300 / month

DO NOT use conversion factors

If family reports income sources from more than one schedule
 Example: alimony = \$100 / month & pension = \$300 / week

Income MUST be converted to yearly.

Yearly Income = Monthly x 12

Yearly Income = Twice Per Month (Bi-Monthly) x 24

Yearly Income = Every Two Weeks (Bi-Weekly) x 26

Yearly Income = Week x 52

DO NOT round the values resulting from each conversion

Authorization to Release Student Records

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR ARCHIVOS ESTUDIANTILES



CARTWRIGHT SCHOOL
DISTRICT NO. 83
One Team, Una Familia!

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

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 Cartwright 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: X _____ DATE: _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR FECHA

Please send academic file to:

PLEASE SEND COPIES ONLY

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cartwright Early Childhood Center (HS/PS)
5480 W Campbell Ave.
Phoenix, AZ 85031
(623)691-5100 | <input type="checkbox"/> Cartwright Elementary (K-8)
2825 N. 59th Ave.
Phoenix, AZ 85035
(623)691-4100 | <input type="checkbox"/> Glenn L. Downs Social Sciences Academy (K-8)
3600 N. 47th Ave.
Phoenix, AZ 85031
(623)691-4200 | <input type="checkbox"/> John F. Long Elementary (K-6)
4407 N. 55th Ave.
Phoenix, AZ 85031
(623)691-4300 |
| <input type="checkbox"/> Justine Spitalny STE³AM School (K-8)
3201 N. 46th Drive
Phoenix, AZ 85031
(623)691-4400 | <input type="checkbox"/> Holiday Park Elementary (K-6)
4417 N. 66th Ave.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-4500 | <input type="checkbox"/> Sunset Elementary (K-6)
6602 W. Osborn Rd.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-4600 | <input type="checkbox"/> Starlight Park Preparatory and Community School (K-6)
7960 W. Osborn Rd.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-4700 |
| <input type="checkbox"/> Charles W. Harris Elementary (K-8)
2252 N. 55th Ave.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-4800 | <input type="checkbox"/> Desert Sands Middle School (7-8)
6308 W. Campbell Ave.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-4900 | <input type="checkbox"/> Frank Borman Elementary (K-8)
3637 N. 55th Ave.
Phoenix, AZ 85031
(623)691-5000 | <input type="checkbox"/> Heatherbrae Elementary (K-6)
7070 W. Heatherbrae Drive
Phoenix, AZ 85033
(623)691-5200 |
| <input type="checkbox"/> Estrella Middle School (6-8)
3733 N. 75th Ave.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-5400 | <input type="checkbox"/> Palm Lane Elementary (K-6)
2043 N. 64th Drive
Phoenix, AZ 85035
(623)691-5500 | <input type="checkbox"/> Peralta Elementary (K-6)
7125 W. Encanto Boulevard
Phoenix, AZ 85035
(623)691-5600 | <input type="checkbox"/> Tomahawk Elementary (K-6)
7820 W. Turney Ave.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-5800 |
| <input type="checkbox"/> G. Frank Davidson (K-6)
6935 W. Osborn Rd.
Phoenix, AZ 85033
(623)691-1500 | <input type="checkbox"/> Marc T. Atkinson Middle School & Gifted Academy (7-8)
4315 N. Maryvale Parkway
Phoenix, AZ 85031
(623)691-1700 | <input type="checkbox"/> Bret R. Tarver Leadership Academy (K-6)
4308 N. 51st Ave., Suite 102
Phoenix, AZ 85031
(623)691-1900 | <input type="checkbox"/> Manuel Peña Jr. Elementary (K-6)
2550 N. 79th Ave.
Phoenix, AZ 85035
(623)691-3100 |
| <input type="checkbox"/> Raúl H. Castro Academy of Fine Arts (7-8)
2730 N. 79th Ave.
Phoenix, AZ 85035
(623)691-5300 | | | |

Please send Psychological/Special Education file to:

spedrecords@csd83.org
 Fax 623-691-5924
 623-691-3971

Cartwright Special Services Department
 5220 W. Indian School Rd.
 Phoenix, AZ 85031