

# 2018-2019 Registration Packet Union Elementary School District #62

**Achievement  
Today  
for an  
Exceptional  
Tomorrow**



---

**Union Elementary School District #62  
3834 S 91<sup>st</sup> Ave.**

**Tolleson, AZ 85353**

**District Office: 623-478-5005 623-478-5006 fax  
Student Services: 623-478-5017 623-478-5009 fax**



**PreK – 2<sup>nd</sup>**

**Union Elementary School  
3834 S 91<sup>st</sup> Avenue  
Tolleson, AZ 85353  
623-478-5000**

[Ues.attendance@uesd.org](mailto:Ues.attendance@uesd.org)



**3<sup>rd</sup> - 8<sup>th</sup>**

**Hurley Ranch Elementary School  
8950 W Illini Dr.  
Tolleson, AZ 85353  
623-478-5100  
623-742-9625 fax**

[HR.attendance@uesd.org](mailto:HR.attendance@uesd.org)



**K-8<sup>th</sup>**

**Dos Rios Elementary School  
2150 S 87<sup>th</sup> Avenue  
Tolleson, AZ 85353  
623-474-7010  
623-936-9253 fax**

[DR.attendance@uesd.org](mailto:DR.attendance@uesd.org)

# Union Elementary School District #62

South of Buckeye Rd (MC 85), between 83<sup>rd</sup> Avenue and 99<sup>th</sup> Avenue.



**Dos Rios Elementary, 2150 S 87<sup>th</sup> Avenue – K-8<sup>th</sup> grade**

Between Buckeye and Lower Buckeye, 83<sup>rd</sup> Avenue and 91<sup>st</sup> Avenue.

**All 8<sup>th</sup> graders** south of lower Buckeye, between 83<sup>rd</sup> Avenue and 99<sup>th</sup> Avenue.



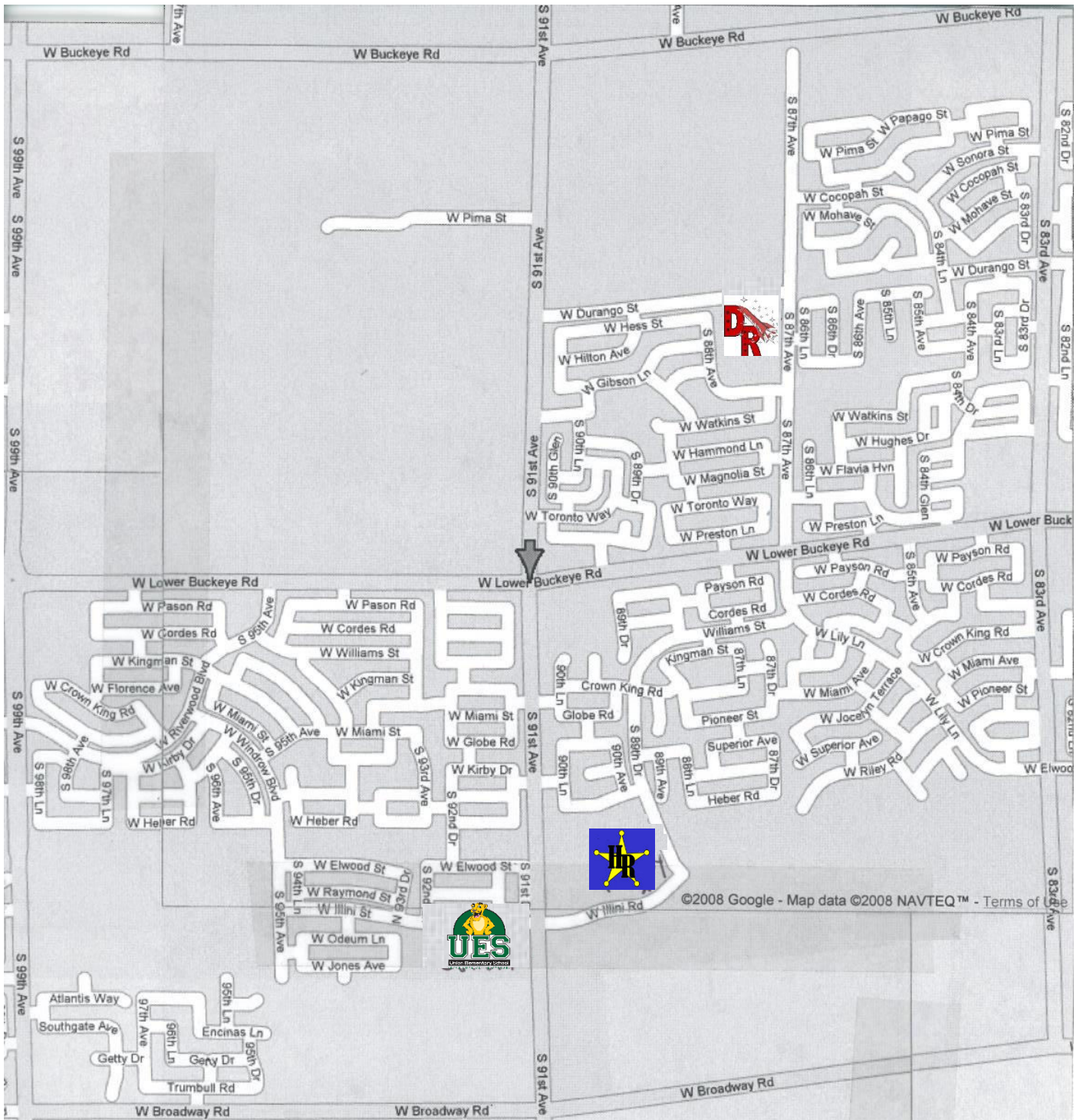
**Hurley Ranch Elementary, 8950 W Illini Dr – 3<sup>rd</sup>-8<sup>th</sup> grade**

South of Lower Buckeye, between 83<sup>rd</sup> Avenue and 99<sup>th</sup> Avenue



**Union Elementary, 3834 S 91<sup>st</sup> Ave – PreK- 2<sup>nd</sup> grade**

South of Lower Buckeye, between 83<sup>rd</sup> Avenue and 99<sup>th</sup> Avenue



## **REGISTRATION REQUIREMENTS**

Student's Name \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

School Name \_\_\_\_\_

A Parent or Legal Guardian can register a student and must provide a PHOTO ID. The following information must be provided:

|                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Proof of Residency Main: (Must be current within the last 30 days)</b>                                                                                                                                                                             |
| _____ Mortgage Purchase Statement or Rental/Lease Agreement                                                                                                                                                                                              |
| _____ SRP/APS Electric Bill displaying parent name and address                                                                                                                                                                                           |
| _____ Southwest Gas Bill displaying parent name and home address                                                                                                                                                                                         |
| _____ Water Bill displaying parent name and home address                                                                                                                                                                                                 |
| *District guidelines for Proof of Residency have been established and will be adhered to for all students. <b><i>Proof of Residency documentation must be renewed each year.</i></b>                                                                     |
| <b>And</b>                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>2. Proof of Residency Secondary: (Must be current within the last 30 days)</b>                                                                                                                                                                        |
| _____ Telephone Bill displaying parent name and home address                                                                                                                                                                                             |
| _____ Doctor's Bill displaying parent name and home address                                                                                                                                                                                              |
| _____ Bank or Credit Card Statement displaying parent name and home address                                                                                                                                                                              |
| _____ Car insurance displaying parent name and home address                                                                                                                                                                                              |
| <b>3. Notarized Form</b>                                                                                                                                                                                                                                 |
| Please Note: If living with another family in the district, a Notarized Form must be completed along with Proof of residence listed above from the resident. Parent/Guardian must also provide Proof of Residence within 30 days of students start date. |
| <b>4. Guardianship Paperwork (If applicable)</b>                                                                                                                                                                                                         |
| Please Note: The assigned legal guardian must register the child and provide court appointed custody documentation.                                                                                                                                      |
| <b>5. Immunization Record</b>                                                                                                                                                                                                                            |
| Must have up to date records                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>6. Birth Certificate</b>                                                                                                                                                                                                                              |
| _____ Must be a Certified Birth Certificate from the Vital Statistics of the state child was born in, not a hospital certificate                                                                                                                         |
| <b>7. Withdrawal Form and/ or Report Card from previous school</b>                                                                                                                                                                                       |

☐

Complete Registration

A faxed or mailed enrollment packet cannot be accepted. Parent or Legal Guardian must complete the enrollment process in person. Only completed registration packets will be accepted.

## **REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Un Padre o Tutor Legal puede registrar a un estudiante y debe proveer una IDENTIFICACIÓN CON FOTO. La siguiente información debe ser proporcionada:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Comprobante de Domicilio Principal: (Debe ser actual dentro de los últimos 30 días)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| _____ Declaración de Compra de Hipoteca o Contrato de Alquiler/Arrendamiento<br>_____ Factura de Electricidad de SRP/APS que muestre nombre y dirección de los padres<br>_____ Factura de Southwest Gas que muestre nombre y dirección de los padres<br>_____ Factura de Agua que muestre el nombre y dirección de los padres<br>*Reglamento del Distrito para Prueba de Domicilio ha sido establecido y se hará conforme para todos los estudiantes. <b><u>Documentación de Comprobante de Domicilio debe ser renovada cada año.</u></b> |
| <b>Y</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>2. Comprobante de Domicilio Secundaria: (Debe ser actual dentro de los últimos 30 días)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| _____ Factura de Teléfono que muestre nombre y dirección de los padres<br>_____ Factura del Médico que muestre nombre y dirección de los padres<br>_____ Estado de Cuenta del Banco o Tarjeta de Crédito que muestre nombre y dirección de los padres<br>_____ Seguro de Auto que muestre nombre y dirección de los padres                                                                                                                                                                                                                |
| <b>3. Forma Notariada</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Por Favor Tenga en Cuenta: Si usted vive con otra familia dentro del distrito, debe completar una Forma Notariada junto con el Comprobante de Domicilio de la lista que aparece arriba, de la persona con la que usted vive,. Los Padres/Tutor Legal también deben proporcionar prueba de domicilio dentro de los 30 días de la fecha de inicio del estudiante.                                                                                                                                                                           |
| <b>4. Documentos de Tutela Legal (Si aplica)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Por Favor Tenga en Cuenta: El tutor legal asignado debe inscribir al estudiante y proporcionar documentación de custodia designada por la corte..                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>5. Registro de Vacunación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Debe tener registros actualizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>6. Certificado de Nacimiento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| _____ Debe ser un Certificado de Nacimiento Certificado por las Estadísticas Vitales del estado en el cual nació en niño/a, no un certificado del hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>7. Forma de retiro y/o Boleta de la escuela anterior</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

☐

Completar la Inscripción

Un paquete de inscripción por fax o por correo no puede ser aceptada. El padre o tutor legal debe completar el proceso de inscripción en persona. Solamente se aceptarán paquetes de inscripción que estén completos.

School

## Student Information 2018-2019

### For Office Use Only

Perm ID #

State ID #

Entered Date:

Enter Code:

Date entered into synergy

### Student

Legal Last Name: \_\_\_\_\_ First: \_\_\_\_\_ Middle: \_\_\_\_\_

Gender: ☐ M ☐ F

Grade: ☐ PS ☐ KG ☐ 1<sup>st</sup> ☐ 2<sup>nd</sup> ☐ 3<sup>rd</sup> ☐ 4<sup>th</sup> ☐ 5<sup>th</sup> ☐ 6<sup>th</sup> ☐ 7<sup>th</sup> ☐ 8<sup>th</sup>

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Month Day Year

Name Student Goes by: \_\_\_\_/\_\_\_\_  
(if different from legal name) (Last) / (First)

State of Birth: \_\_\_\_\_

Country of Birth: ☐ USA ☐ Other: \_\_\_\_\_

Ethnicity: Hispanic/Latino ☐ NO ☐ Yes

Race: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Asian ☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Pacific Islander

Does your child claim any tribal affiliation? ☐ Yes ☐ NO (if yes complete form 506) Tribal Name: \_\_\_\_\_

Last School Attended: \_\_\_\_\_ District: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

Was last school attended? ☐ Public ☐ Charter ☐ Indian Reservation School ☐ Private ☐ Home Schooled

Has Student ever attended school in Arizona? ☐ No ☐ Yes

Has your Student ever attended a Union Elementary District School? ☐ NO ☐ Yes School: \_\_\_\_\_

Has Student ever been expelled or is student in the process of being expelled? ☐ NO ☐ Yes

### Has Student ever received:

Special Education Services? ☐ No ☐ Yes

Gifted Services? ☐ No ☐ Yes

ELL or Bilingual services? ☐ No ☐ Yes

### List the name of all brothers and sisters of this student from preschool through grade 8:

|    | Name  | Grade | School |
|----|-------|-------|--------|
| 1. | _____ | _____ | _____  |
| 2. | _____ | _____ | _____  |
| 3. | _____ | _____ | _____  |

### Responses to these statements will be used to determine whether your child will be assessed for English Language Proficiency.

What is the primary Language used in the home regardless of the language spoken by the student?

☐ English ☐ Other language: \_\_\_\_\_

What is the language most often spoken by the student?

☐ English ☐ Other language: \_\_\_\_\_

What is the language that the student first acquired?

☐ English ☐ Other language: \_\_\_\_\_

### Court Ordered Custody Information (Documentation Required)

Custody of Student: ☐ Joint ☐ Mother ☐ Father ☐ DCS

☐ other \_\_\_\_\_

District honors all current court orders or decrees pertaining to custody situations. No other form of custody is accepted. **It is the responsibility of adults having custody to submit to the school a current certified copy of the effective court order or decree.**

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Student (s) Primary Address- Address where the student(s) live on most school days:**

Home Address: \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
(if different than home address)

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Parent(s) or Legal Guardian(s)                                                                                                                                                                                                                             | <b>Parent/ Guardian Information</b>                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | 1.) <b>Relationship to student</b> <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> other: _____ |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <b>Lives with enrolling child</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes                                                                                    |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Last Name _____ First Name: _____ Date of Birth: _____                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Address: _____ City: _____ Zip Code: _____<br>(if different than student's primary address)                                                                                                                                                                |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____                                                                                                                                                                                                             |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Employer: _____ Work Phone: _____ Ext: _____                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | 2.) <b>Relationship to student</b> <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> other: _____ |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <b>Lives with enrolling child</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes                                                                                    |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Last Name _____ First Name: _____ Date of Birth: _____                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Address: _____ City: _____ Zip Code: _____<br>(if different than student's primary address)                                                                                                                                                                |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____                                                                                                                                                                                                             |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Employer: _____ Work Phone: _____ Ext: _____                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | 3.) <b>Relationship to student</b> <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> other: _____ |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <b>Lives with enrolling child</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes                                                                                    |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Last Name _____ First Name: _____ Date of Birth: _____                                                                                                                                                                                                     |  |  |
| Address: _____ City: _____ Zip Code: _____<br>(if different than student's primary address)                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| Employer: _____ Work Phone: _____ Ext: _____                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| 4.) <b>Relationship to student</b> <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> other: _____ |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| <b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <b>Lives with enrolling child</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| Last Name _____ First Name: _____ Date of Birth: _____                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| Address: _____ City: _____ Zip Code: _____<br>(if different than student's primary address)                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| Employer: _____ Work Phone: _____ Ext: _____                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |

**Day Care Provider – List the provider who can pick up your child after school:**

Day Care Provider Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

**Emergency Contacts- List individuals other than parent(s)/Guardian(s) who can visit and pick up student:**

1.) Name: \_\_\_\_\_ Relationship to student: \_\_\_\_\_

Cell phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Landline: \_\_\_\_\_

2.) Name: \_\_\_\_\_ Relationship to student: \_\_\_\_\_

Cell phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Landline: \_\_\_\_\_

3.) Name: \_\_\_\_\_ Relationship to student: \_\_\_\_\_

Cell phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Landline: \_\_\_\_\_

Additional contact, if needed, may be provided to the school office.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Escuela

## Información Estudiantil 2018-2019

| Sólo para uso de la Oficina | Date entered into synergy |
|-----------------------------|---------------------------|
| Perm ID #                   |                           |
| State ID #                  |                           |
| Entered Date:               |                           |
| Enter Code:                 |                           |

### Estudiante

Apellido(s) Legal \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_

Género: ☐ M ☐ F Grado: ☐ PS ☐ KG ☐ 1<sup>st</sup> ☐ 2<sup>nd</sup> ☐ 3<sup>rd</sup> ☐ 4<sup>th</sup> ☐ 5<sup>th</sup> ☐ 6<sup>th</sup> ☐ 7<sup>th</sup> ☐ 8<sup>th</sup>

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre común usado por el estudiante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año (Si es diferente al nombre legal) (Apellido) (Nombre)

Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de nacimiento: ☐ USA ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispanic/Latino ☐ NO ☐ Sí

Raza: ☐ Blanca ☐ Negro ☐ Asiática ☐ Indígena Americana o Nativo de Alaska ☐ Islas de Pacifico

¿Es su hijo(a) parte de una afiliación tribal? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es sí, complete un formulario 506) Nombre de la Tribu: \_\_\_\_\_

Escuela de Asistencia Anterior: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Nivel de grado: \_\_\_\_\_

¿La escuela a la cual asistió previamente era? ☐ Publica ☐ "Charter" ☐ En La Reservación Indígena ☐ Privado ☐ 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 Union? ☐ NO ☐ Si Escuela: \_\_\_\_\_

¿Ha estado expulsado o en proceso? ☐ NO ☐ Sí

### ¿Alguna Vez El Estudiante:

¿Ha recibido Educación Especial? ☐ No ☐ Sí

¿Ha recibido Servicios Dotados? ☐ No ☐ Sí

¿Ha recibido Servicios de ELL o Bilingües? ☐ No ☐ Sí

### Escriba Los Nombres de todos Los Hermanos de Este Estudiante desde Preescolar hasta el Octavo grado:

| Nombre | Grado | Escuela |
|--------|-------|---------|
|--------|-------|---------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

### Las respuestas a esta declaraciones se usaran para determinar si su hijo(a) se evaluará en la capacidad de lenguaje de Ingles.

¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante? ☐ Ingles ☐ Otro Idioma: \_\_\_\_\_

¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia? ☐ Ingles ☐ Otro Idioma: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante? ☐ Ingles ☐ Orto Idioma: \_\_\_\_\_

### Información de Custodia por Orden Judicial (Documentos Requeridos)

Custodia del Estudiante: ☐ Ambos Padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ DCS

☐ otro \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**Domicilio Principal del Estudiante(s)- Domicilio donde el estudiante(s) vive la mayoría del tiempo durante días escolares:**

Domicilio Residencial: \_\_\_\_\_ # Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Domicilio para Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_  
(Si es diferente al domicilio residencial)

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Parent(s) or Legal Guardian(s)                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Padre/Tutor</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1.) <b>Relación al estudiante</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> otro: _____ |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                                  |                                                                                              | <b>Vive con el niño(a) inscrito:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____                                                                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____<br>(si es diferente al domicilio residencial del estudiante)                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____                                                                                                                                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2.) <b>Relación al estudiante</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> otro: _____ |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                                  |                                                                                              | <b>Vive con el niño(a) inscrito:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____                                                                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____<br>(si es diferente al domicilio residencial del estudiante)                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____                                                                                                                                                                                                              |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3.) <b>Relación al estudiante</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> otro: _____ |                                                                                              |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                                  |                                                                                              | <b>Vive con el niño(a) inscrito:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____                                                                                                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                              |
| Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____<br>(si es diferente al domicilio residencial del estudiante)                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                              |
| Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                              |
| Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                              |
| 4.) <b>Relación al estudiante</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> otro: _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                              |
| <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Vive con el niño(a) inscrito:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |                                                                                              |
| Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                              |
| Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____<br>(si es diferente al domicilio residencial del estudiante)                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                              |
| Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                              |
| Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                              |

**Guardería- escriba el nombre de la guardería proveedor quien pudiese recoger a su hijo(a) después de escuela:**

Nombre de la Guardería: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Contacto Emergencia- Escriba los nombres de las personas aparte de los padres/guardianes que pueden recoger y cuidar provisionalmente a su hijo(a).**

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.

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



**State of Arizona**  
**Affidavit of Shared Residence**

**This Form Must Be Notarized.**

I swear or affirm that I am a resident of the State of Arizona and that the persons listed below reside with me at my residence, described as follows:

Persons who reside with me:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Location of my residence:

\_\_\_\_\_

I submit in support of this attestation a copy of the following document that displays my name and current residence address or physical description of my property:

- \_\_\_ Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- \_\_\_ Real estate deed or mortgage documents
- \_\_\_ Property tax bill
- \_\_\_ Residential lease or rental agreement
- \_\_\_ Water, electric, gas, cable, or phone bill
- \_\_\_ Bank or credit card statement
- \_\_\_ W-2 wage statement
- \_\_\_ Payroll stub
- \_\_\_ Certificate of tribal enrollment or other identification issued by a recognized Indian tribe
- \_\_\_ Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)

Printed Name of Affiant: \_\_\_\_\_

Signature of Affiant: \_\_\_\_\_

**Acknowledgment**

State of Arizona

County of \_\_\_\_\_

The foregoing was acknowledged before me this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

By \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

My Commission Expires:

\_\_\_\_\_



**Estado de Arizona**  
**Declaración Jurada de Residencia**  
**Compartida**

**Esta Forma Debe Ser Autenticado.**

Juro o afirmo que soy un residente del Estado de Arizona y que las siguientes personas viven conmigo en mi residencia, se describe de la siguiente manera:

Las personas que viven conmigo:

---

---

Ubicación de mi residencia:

---

Yo presento como apoyo de esta declaración una copia del siguiente documento el cual muestra mi nombre y la dirección de residencia o descripción física de la propiedad donde vive el estudiante:

- \_\_\_ Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación válida de Arizona, o Registro de Motores y Vehículos
- \_\_\_ Pasaporte válido de los EE. UU.
- \_\_\_ Escritura de bienes y raíces o documentos de hipoteca
- \_\_\_ Cuenta de impuestos de la propiedad
- \_\_\_ Contrato de arrendamiento o contrato de alquiler
- \_\_\_ Factura de de agua, electricidad, gas, cable, o teléfono
- \_\_\_ Estado de cuenta de banco o tarjeta de crédito
- \_\_\_ Declaración de ingresos W-2
- \_\_\_ Talón de nomina
- \_\_\_ Certificado de inscripción tribal o otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contenga una dirección de Arizona
- \_\_\_ Documentación de un estado, tribu o una agencia de gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona)

Nombre impreso del declarante: \_\_\_\_\_

Firma del declarante: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento**

Estado de Arizona

Condado de \_\_\_\_\_

Lo anterior fue reconocido ante mí este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_,

Por \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público

Mi Comisión se Vence:

---

#2306606

3/13/16

**UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT #62**

**AUTHORIZATION AND PERMISSION TO RELEASE MEDICAL, EDUCATIONAL AND/ OR SPECIAL  
EDUCATION RECORDS**

Student: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Previous School Attended: \_\_\_\_\_

Address (Previous School): \_\_\_\_\_

City/State/Zip (Previous School): \_\_\_\_\_

Phone Number (Previous School): \_\_\_\_\_

Fax Number (Previous School): \_\_\_\_\_

In compliance with the Family Education Rights and Privacy Act of 1974, I authorize the release of my child's school records, including gifted, educational, medical, and social or special education information to the Union Elementary School District.

Parent/Guardian's name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Relationship to child: \_\_\_\_\_

**PLEASE SEND RECORDS, EXCEPT SPECIAL EDUCATION RECORDS, TO THE  
FOLLOWING SCHOOL:**

[ ☐ ] **Dos Rios** 2150 S. 87<sup>TH</sup> Ave. Tolleson, AZ 85353 623-474-7010 Fax: 623-936-9253  
Email: [DR.attendance@uesd.org](mailto:DR.attendance@uesd.org)

[ ☐ ] **Union** 3824 S. 91<sup>st</sup> Ave. Tolleson, AZ 85353 623-478-5000  
Email: [UES.attendance@uesd.org](mailto:UES.attendance@uesd.org)

[ ☐ ] **Hurley Ranch** 8950 W. Illini Dr. Tolleson, AZ 85353 623-478-5100 Fax: 623-742-9625  
Email: [HR.attendance@uesd.org](mailto:HR.attendance@uesd.org)

**PLEASE SEND ALL SPECIAL EDUCATION RECORDS FOR ALL OF THE ABOVE  
SCHOOLS TO:**

[ ☐ ] **Union Elementary School District #62**  
**Attn: Student Services**  
3834 S. 91<sup>st</sup> Ave. Tolleson, AZ 85353  
623-478-5017 Fax: 623-478-5009

Send Special Education records to the attention of Student Services

[ ☐ ] My child is currently receiving special education services in the following area(s):  
[ ☐ ] Special Education Resource  
[ ☐ ] Special Education Self-Contained  
[ ☐ ] Speech

**UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT #62**

**AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA LIBERAR REGISTROS MÉDICOS, EDUCATIVOS Y / O  
REGISTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela Anterior: \_\_\_\_\_

Domicilio (De Escuela Anterior): \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal (De Escuela Anterior): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (De Escuela Anterior): \_\_\_\_\_

Número de Fax (De Escuela Anterior): \_\_\_\_\_

En conformidad con la Ley de Derechos Educativos de Familia y la ley de Privacidad de 1974, yo autorizo la divulgación de los registros escolares de mi hijo, incluyendo datos de niños dotados, expediente educativo y de salud, información social o de educación especial de Union Elementary School District.

Padre/Nombre de Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

**PLEASE SEND RECORDS, EXCEPT SPECIAL EDUCATION RECORDS, TO THE  
FOLLOWING SCHOOL:**

[ ☐ ] **Dos Rios** 2150 S. 87<sup>TH</sup> Ave. Tolleson, AZ 85353 623-474-7010 Fax: 623-936-9253  
Email: [DR.attendance@uesd.org](mailto:DR.attendance@uesd.org)

[ ☐ ] **Union** 3824 S. 91<sup>st</sup> Ave. Tolleson, AZ 85353 623-478-5000  
Email: [UES.attendance@uesd.org](mailto:UES.attendance@uesd.org)

[ ☐ ] **Hurley Ranch** 8950 W. Illini Dr. Tolleson, AZ 85353 623-478-5100 Fax: 623-742-9625  
Email: [HR.attendance@uesd.org](mailto:HR.attendance@uesd.org)

**PLEASE SEND ALL SPECIAL EDUCATION RECORDS FOR ALL OF THE ABOVE  
SCHOOLS TO:**

[ ☐ ] **Union Elementary School District #62**

**Attn: Student Services**

3834 S. 91<sup>st</sup> Ave. Tolleson, AZ 85353

623-478-5017 Fax: 623-478-5009

Send Special Education records to the attention of Student Services

[ ☐ ] Mi hijo/a actualmente recibe servicios de educación especial en la siguiente área(s):

[ ☐ ] Recursos de Educación Especial

[ ☐ ] Educación Especial en una clase Independiente

[ ☐ ] Servicios de Habla



State of Arizona  
Department of Education  
Office of English Language Acquisition Services

**Primary Home Language Other Than English (PHLOTE)  
Home Language Survey**  
(Effective April 4, 2011)

These questions are in compliance with Arizona Administrative Code, R7-2-306(B)(1), (2)(a-c).

Responses to these statements will be used to determine whether the student will be assessed for English Language Proficiency.

1. What is the primary language used in the home regardless of the language spoken by the student? \_\_\_\_\_
2. What is the language most often spoken by the student? \_\_\_\_\_
3. What is the language that the student first acquired? \_\_\_\_\_

Student Name \_\_\_\_\_ Student ID \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ SAIS ID \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

District or Charter \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_

-----  
Please provide a copy of the Home Language Survey to the ELL Coordinator/Main Contact on site.

In SAIS, please indicate the student's home or primary language.



**Estado de Arizona  
Departamento de Educación  
Servicios de Aprendizaje del Inglés**

**Idioma Principal en el Hogar excluyendo el inglés (PHLOTE)  
Encuesta sobre el Idioma en el Hogar  
(Efectivo el 4 de abril de 2011)**

Preguntas en conformidad con R7-2-306(B)(1), (2)(a-c) del Reglamento de la Junta Directiva.

Las respuestas que proporcione a las preguntas siguientes serán usadas para determinar si se evaluará la competencia en el idioma inglés de su hijo(a).

1. **¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante?** \_\_\_\_\_
2. **¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia?** \_\_\_\_\_
3. **¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante?** \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Núm. de identificación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de SAIS \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Distrito o Charter \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

-----  
Please provide a copy of the Home Language Survey to the ELL Coordinator/Main Contact on site.

In SAIS, please indicate the student's home or primary language.

## Union Elementary School District #62

Dear Parent/Guardian,

School attendance is not only a good habit; state law requires it. Arizona State Law (15-802.A, 15-803.E) requires every person who has custody of a child between the ages of six and sixteen years shall make sure the child attends school for the full time school is in session unless unable to attend due to illness or another legitimate reason.

To encourage and improve school attendance, **Union Elementary School District** has implemented a truancy program in partnership with Maricopa County Juvenile Court. This truancy program is called C.U.T.S. (Court Unified Truancy Suppression). We will be tracking attendance very closely. Your child is expected to be at school every day, unless there is an excused reason not to be. An absence is defined as a minimum of one missed class period per day. An unexcused absence will count as a truant day as defined by law. A student is **“habitually truant”** if he/she has **five or more unexcused absences** from school. A student that is **absent more than ten percent (18 days)** of the required number of school days per year is considered to have **“excessive absences” whether the absence is excused or unexcused.**

When a student has **five** or more unexcused absences or **19** excessive absences (excused OR unexcused), the student can be cited to the CUTS Program through the Juvenile Court. The hearing will be held on the school campus with representatives from school and the Juvenile Court. A parent or legal guardian must be present with the student at the time of the hearing. Consequences at the hearing may include the following: required attendance of the parent and the child at an education class (to be held on Saturdays), work hours assigned to the child, counseling, etc. The parent will be assessed a \$50 Diversion fee. Failure to complete these consequences may result in suspension of your child’s driver’s license, or inability to get a driver’s license until their 18<sup>th</sup> birthday and/or formal court proceedings. It is the parent’s/ guardian’s responsibility to ensure their child’s attendance in an approved academic setting. If you fail to take the necessary steps to provide your child with appropriate education you may receive a citation. If convicted, it is a Class 3 misdemeanor punishable by jail time and/or fine.

The education of your child is extremely important to us. This program is another way that our schools are working with the community to ensure a quality education for all students. If you have any questions or concerns, please feel free to contact your school attendance officer.

Thank you for your support regarding this program.

---

Please Sign and date acknowledging that you have received this notification of the C.U.T.S. program. Please return this form to your school attendance officer.

Student Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

## Union Elementary School District #62

Apreciado Padre/Tutor,

El asistir a la escuela es más que un buen hábito, la ley estatal lo requiere. La ley del Estado de Arizona (15-802.A, 15-803.E) ordena que los padres o tutores de un menor de entre seis y dieciséis años de edad se aseguren que el menor asista a la escuela por la duración completa del día hábil escolar, a menos que el menor no pueda asistir debido a enfermedad o por cualquier otra razón legítima.

Para fomentar y mejorar la asistencia escolar, **Union Elementary School District** y el Tribunal de Menores del Condado Maricopa han creado un plan en contra del ausentismo escolar. Este plan en contra del ausentismo escolar tiene por nombre “Plan Conjunto Contra el Ausentismo Escolar (o C.U.T.S. en Inglés)”. Estaremos siguiendo muy de cerca la asistencia escolar. Se espera que su hijo(a) asista a la escuela diariamente, a menos que exista una razón válida para faltar. El no asistir una clase al día se considera como una ausencia. Una ausencia sin justificativo cuenta como un día de ausentismo escolar tal como lo define la ley. A un estudiante se le considera “**Ausente Crónico**” cuando el estudiante ya lleva **cinco o más ausencias escolares sin justificativo**. Un estudiante que **falla más del diez por ciento (18 días)** del número requerido de días escolares anuales se le considera que tiene “Exceso de Ausencias”, **ya sea que las ausencias tengan justificativo o no**.

Cuando un estudiante tiene **cinco** o más ausencias injustificadas, o **19** ausencias de exceso (con o sin justificativo), al estudiante se le puede levantar una infracción del programa CUTS por medio del Tribunal de Menores. La audiencia tomaría lugar en los predios escolares con representantes de la escuela y el Tribunal de Menores. Uno de los padres o tutor(es) debe estar presente en la audiencia, junto con al menor de edad. En la audiencia se le podrían imponer las siguientes consecuencias: que los padres y el menor de edad asistan a una clase educativa (los sábados), trabajo comunitario para el menor de edad, conserjería, etc. A los padres se les cobra una cuota de \$50 por el programa. El no cumplir con las consecuencias puede causar que se le suspenda la licencia de conducir de su hijo(a), o se le rehúse a su hijo(a) la licencia hasta que cumpla 18 años y/o resultar en procesos judiciales formales. Es la responsabilidad de los padres o tutores asegurarse que sus hijos asistan a un centro educativo aprobado. Si usted no toma los pasos necesarios para proveer a su hijo la educación apropiada, usted podría recibir una infracción. Si es declarado culpable, es un delito menor clase 3, el cual puede causar castigos como cárcel y/o una multa.

La educación de su hijo(a) es muy importante para nosotros. Este programa es una de las maneras como nuestras escuelas están trabajando con la comunidad para promover una buena educación para todo estudiante. Si tiene usted alguna pregunta, no dude llamar al director de la escuela de su hijo(a) o llame a la secretaria de la escuela.

Gracias por su apoyo a este programa.

---

Por favor firme y fecha reconociendo que usted ha recibido esta notificación del Programa CUTS. Por favor regrese esta forma a la secretaria de la escuela.

Nombre de Alumno: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

---

E-31

U.S. Department of Education  
Office of Indian Education  
Washington, DC 20202  
Title IX Student Eligibility Certification  
Elementary and Secondary Education Act, Title IX, Part A, Subpart 1

Parents: Please return this completed form to your child's school. In order to apply for a formula grant under the Indian Education Program, your child's school must determine the number of Indian children enrolled. Any child who meets the following definition from the Act may be counted for this purpose. You are not required to complete or submit this form to the school. However, if you choose not to submit a form which contains at least the child's name, the name of the tribe, band or group, and your dated signature, your child cannot be counted by the school for funding under the Act. This form will become part of your child's school record and will not need to be completed every year. The information on this form will not be released without your written approval.

Definition: Indian means any individual who is (1) a member (as defined by the Indian tribe or band) of an Indian tribe or band, including those Indian tribes, bands, or groups terminated since 1940, and those recognized by the State in which they reside; or (2) a descendent in the first or second degree (parent or grandparent) as described in (1); or (3) considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; or (4) an Eskimo or Aleut or other Alaska Native; or (5) a member of an organized Indian Group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as is was in effect October 19, 1994.

Name of Child \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
(As shown on school enrollment records)

School Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Name of Tribe, Band or Group \_\_\_\_\_

Tribe, Band or Group is: (check one)

|                                                        |                           |                  |                                                                       |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| _____ Federally Recognized,<br>Including Alaska Native | _____ State<br>Recognized | _____ Terminated | _____ Organized Indian Group<br>meeting #5 of the<br>definition above |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|

Name of individual with tribal membership: \_\_\_\_\_

Individual named is: (check one): \_\_\_\_\_ child \_\_\_\_\_ Child's Parent \_\_\_\_\_ Child's Grandparent

Proof of membership, as defined by tribe, band or group:

A. Membership or enrollment number \_\_\_\_\_ or

B. Other (explain) \_\_\_\_\_

Name and address of organization maintaining membership data for the tribe, band or group:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I verify that the information provided above is accurate:

Parent's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Mailing Address \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

## Photo & Video Release Form

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Student Name:          | Parent/ Guardian Name: |
| Student Address:       | Phone Number:          |
| City, State, Zip Code: |                        |

**Background:** During the school year students, may be photographed, recorded or filmed by Union Elementary School District staff or other approved individuals, including the news media, while participating in school programs and activities. Students may also create schoolwork and/or other intellectual property, such as artwork, essays, and poetry (“creative work”) as part of the educational process.

**Purpose:** The purpose of this Photo and Video Release Form is to identify those families who do not consent to give the Union Elementary School District permission and authority to use and/or publish you and/or your child’s name, image, and/or creative works to further the district’s educational mission. The district is asking that all parents/guardians sign and return this form. If you do not sign or return this form, the district will assume you are granting permission to participate in pictures, videos or other promotional opportunities.

**Consent and Release:** The district may use, release, and/or publicize my and/or my child’s name, image (in any form), and creative work through any medium whatsoever, including, but not limited to, the internet, written publication, and broadcast for any educational, editorial, promotional, business or other purpose without prior notice or compensation. The district may exercise its rights as it deems appropriate for its productions, for advertising, and for other purposes. By signing below, I intend for the district to rely upon this Release; and I agree to release, not to sue, and to indemnify and hold the district harmless for, from and against any and all injuries, claims, demands, damages, actions, causes of action, suits or judgments of any kind or nature whatsoever (including attorneys’ fees and other costs in the defense of any such claim or suit) brought by myself or on behalf of myself or my child as a result of any claim, loss, damage, or injury to any persons or property arising out of or in any way relating to any action, inaction, or participation in any video or photographic production of the district.

☐ I do consent to the above

☐ I do not consent to the above.

☐ I do not consent to the above; however, I do grant permission for my child’s photograph to be included in the school yearbook.

\_\_\_\_\_  
Student Name

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (Please print)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## Forma De Consentimiento Y Liberación De Responsabilidad Para Foto Y Video

|                                |                     |
|--------------------------------|---------------------|
| Nombre:                        | Padre/Tutor Nombre: |
| Domicilio:                     | Teléfono:           |
| Ciudad, Estado, Código Postal: |                     |

**Información:** Durante el año escolar los estudiantes que participen en programas y actividades escolares, que elaboren piezas de arte, o trabajo intelectual tales como ensayos y poesías que son parte del proceso educativo podrían ser fotografiados, grabados o filmados por el personal del Distrito Union u otras personas autorizadas, incluyendo los medios de comunicación.

**Propósito:** El propósito de esta carta de Liberación de Foto y Video es identificar a los padres que **no están de acuerdo** en dar su permiso y autorización al Distrito Union para que las fotos, grabaciones y filmaciones de su hijo(a) sean publicadas, así como también sea dado a conocer el nombre de usted o de su hijo(a) para la misión educativa del distrito. Se hace énfasis que no sea publicada su imagen o trabajo creativo. El distrito está solicitando que todos los padres/tutores firmen y regresen esta forma. **Si usted no firma y regresa esta forma, el distrito asumirá que usted está otorgando permiso para participar en fotografías, video u otras oportunidades promocionales.**

### Consentimiento y Liberación:

1. El distrito puede utilizar, ceder, y/o publicar mi nombre/ o el nombre de mi hijo(a), su imagen (en cualquier forma), y su trabajo creativo a través de cualquier medio, incluyendo, pero no limitado a, el internet, publicación escrita y transmitida para cualquier asunto educacional, editorial, promocional u otro propósito sin aviso previo o compensación. El distrito puede ejercer sus derechos según lo considere apropiado para sus producciones, para publicidad y para otros propósitos. Al firmar a continuación, mi intención es que el distrito cuente con esta Autorización; y
2. Estoy de acuerdo en eximir, en no demandar, renunciar a toda indemnización y liberar al distrito de toda responsabilidad, de y contra cualesquiera y todas las lesiones, reclamos, demandas, daños, acciones, causas de acción demandas o juicios de cualquier tipo o naturaleza (incluyendo los honorarios de un abogado y otros gastos en la defensa de cualquier reclamo o demanda) presentados a nombre de mí mismo o de mi hijo/a como resultado de un reclamo, pérdida, daño, o lesión a cualquier persona o propiedad que surjan de o en modo alguno en relación con cualquier acción, inactividad, o participación en cualquier video o producción fotográfica del distrito.

☐ Doy mi consentimiento a lo arriba mencionado.

☐ No doy mi consentimiento a lo arriba mencionado.

\_\_\_\_\_  
Firmado de Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor Por

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor (Ultima persona en firmar) Por

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Emergency Medical Information 2018-2019

(For use in the Nurse's Office) IN ORDER TO PROTECT THE WELFARE OF YOUR STUDENT PLEASE  
ADVISE THE NURSES OFFICE OF ANY CHANGES IMMEDIATELY

|                               |                     |                     |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|
| _____<br>Last Name of Student | _____<br>First Name | _____<br>M.I.       |
| _____<br>Date of Birth        | _____<br>Teacher    | _____<br>Grade      |
| _____<br>Address              |                     | _____<br>Home Phone |

**Parent/Guardian Information: PLEASE NOTIFY THE SCHOOL OF ANY CHANGES IMMEDIATELY**

☐ Father      ☐ Stepfather      ☐ Guardian  
Name \_\_\_\_\_  
Work phone \_\_\_\_\_ Cell  
phone \_\_\_\_\_

☐ Mother      ☐ Stepmother      ☐ Guardian  
Name \_\_\_\_\_  
Work phone \_\_\_\_\_  
Cell phone \_\_\_\_\_

**Student's Medical History (Check all that apply) It is important that this information be provided.**

|                                  |                              |                       |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| _____ Asthma *****               | _____ Cerebral Palsy         | _____ Diabetes        |
| _____ Epilepsy                   | _____ Hearing problems       | _____ Other (explain) |
| _____ Multiple sclerosis         | _____ Scoliosis              | _____                 |
| _____ Attention Deficit Disorder | _____ Chicken pox @ what age | _____                 |
| _____ Glasses/contact lenses     | _____ Heart conditions       | _____                 |
| _____ Muscular dystrophy         | _____ Tuberculosis (T.B.)    | _____                 |
| _____ Cancer                     | _____ Chronic ear infections |                       |
| _____ Headaches/Migraines        | _____ Hepatitis              |                       |
| _____ Seizure disorder           | _____ Depression             |                       |
| _____ High blood pressure        | _____ Hemophilia             |                       |

**\*\* IF ASTHMA IS CHECKED YOU MUST \*\* \*\*leave a rescue inhaler with the Nurse's Office\*\***

Daily medication and reason: \_\_\_\_\_

Allergies: (list any allergies to food/medication, etc.) \_\_\_\_\_

**Permission to receive these medications at school: (Circle yes or no)**

Yes    No - Anti-itch skin cream (i.e. Calamine, hydrocortisone)

Yes    No - Eye drops (i.e. Visine)

Yes    No - Generic Advil/Motrin (Ibuprofen)

Yes    No - Generic Tylenol (Acetaminophen)

**Emergency Contacts:** If the student is unable to remain at school due to illness or injury, the parent/guardian will pick up the student or give the school permission to release the student to the emergency contact/s listed below. If no one can be reached, authorization is hereby given to any hospital or medical professional to render immediate aid as might be required at the time, for the student’s health and safety, at the expense of the parent. It is also understood that if no one is available because of an inaccurate or disconnected phone number or there is no answer, it may be necessary to contact the police or Child Protective Services for the well being of the student.

X

Signature of parent or guardian

Date

(Emergency contacts other than parent/guardian)

Name/Relationship/Phone

Name/Relationship/Phone

Name/Relationship/Phone

**Please list the first and last names of all brothers and sisters that attend Union Elementary School District #62**

Name:

Grade:

Name:

Grade:

Name:

Grade:

## Información Médica de Emergencia 2018-2019

(Para el uso de la enfermera) PARA PROTEGER LA SALUD DEL ESTUDIANTE POR FAVOR DE AVISE

**ALA ENFERMERA DE CUALQUIER CAMBIO INMEDIATAMENTE**

Apellido del Estudiante

Primer Nombre

S.N

Fecha de Nacimiento

Maestro/a

Grado

Dirección

Teléfono de casa

**Información del Padre/Guardián: POR FAVOR NOTIFIQUE ALA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO INMEDIATAMENTE**

☐ Padre ☐ Padrastro ☐ Guardián

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Guardián

Nombre \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

**Historial Médica del estudiante** (Marque **todo** lo que aplique) **Es muy importante que proporcione esta información.**

\_\_\_\_\_ Asma \*\*

\_\_\_\_\_ Parálisis Cerebral

\_\_\_\_\_ Hipertensión

\_\_\_\_\_ Epilepsia

\_\_\_\_\_ Problemas de audición

\_\_\_\_\_ Otro (explique

\_\_\_\_\_ Escoliosis

\_\_\_\_\_ Varicela a qué edad

\_\_\_\_\_ Esclerosis múltiple

\_\_\_\_\_ Condiciones del corazón

\_\_\_\_\_ Trastorno de Déficit de Atención

\_\_\_\_\_ Tuberculosis (T.B.)

\_\_\_\_\_ Lentes/Lentes de Contacto

\_\_\_\_\_ Infecciones crónicas del oído

\_\_\_\_\_ Distrofia muscular

\_\_\_\_\_ Hepatitis

\_\_\_\_\_ Cáncer

\_\_\_\_\_ Depresión

\_\_\_\_\_ Dolores de cabeza/migrañas

\_\_\_\_\_ Hemofilia

\_\_\_\_\_ Convulsiones

\_\_\_\_\_ Diabetes

**\*\*SI MARCO ASMA DEBE \*\* \*\*dejar un inhalador de rescate en la oficina de la enfermera \*\***

Medicación diaria y razón: \_\_\_\_\_

**Alergias:** Escriba cualquier alergia a comida/medicación, etc.: \_\_\_\_\_

**Permiso de recibir estas medicaciones en la escuela: (Circule Si o No)**

Si No - Crema para la picazón (i.e. Calamina o Hidrocortisona )

(Ibuprofen) Si No - Medicina oral para alergias (i.e., Benadryl)

Visine) Si No - Tylenol genérico (Acetaminophen)

Si No - Advil/Motrin genérico

Si No - Gotas para los ojos (i.e.

**Contactos de Emergencia:** si el estudiante no puede permanecer en la escuela debido a enfermedad o lesión, el padre/tutor recogerá al estudiante o dará permiso a la escuela para que liberen al estudiante a los contactos de emergencia listados abajo. Si no pueden ser localizados, autorización es dada por este medio a cualquier hospital o medico profesional para rendir ayuda inmediata que sea requerida en el momento para la salud y seguridad del estudiante, a expensas de los padres. También es entendido que si no se puede localizar a nadie porque el número de teléfono esta desconectado, incorrecto o no contestan, puede ser necesario contactar a la policía o Servicios de Protección Infantil para el bien estar del estudiante.

X \_\_\_\_\_

Firma del Padres/ TutorFecha

**(Contactos de Emergencia aparte de padres o tutor)**

**Nombre/Relación/Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre/Relación/Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre/Relación/Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Por Favor escriba el nombre y apellido de todos los hermanos(as) que asisten a Union Elementary School District**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Grado:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Grado:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Grado:** \_\_\_\_\_

## School Messenger Parent Contact Information

Due to recent changes in FCC regulations, we will now be required to acquire permission to contact phone lines using school messenger. **Emergency Messages, School Closing information and Attendance notifications will not be affected by these changes.** If you have customized your message delivery of these types of messages in the past those custom settings will remain.

**If you prefer to have general messages delivered by phone and/or text messaging, you may complete this *School Messenger Parent Contact Information* form and indicate to which phone number(s) you would like this type of message delivered.** You may also use this form to change any of the other types of message to different formats of delivery. If you are satisfied with settings as they exist, completing the form will not be necessary. Should you decide to change any of these settings in the future, this form will be available at the school and on the school system's website.

Up to four numbers may receive phone notifications. Emails may be sent to two email accounts and text messages may be sent to two cell phone numbers. This form allows for the customization of notification settings for the individual needs of your family. School Messenger uses the emergency contact information that you provided to your child's school\*. We require that at least one phone be listed to receive emergency messages. If not otherwise specified, this will be Phone 1. By default, parents will receive emergency messages on all phone numbers listed. Delayed Opening \ School Closings and attendance information will only be sent to Phone 1 unless otherwise requested below.

Please note: While School Messenger is a service provided free to parents by our school system, there may be airtime and/or text messaging charges from your cell phone provider to receive these services.

|                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                    |                                     |                                      |                          |                          |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Student Name: _____<br>(Last, First)<br><br>School: _____<br><br>Grade: _____<br><br>Phone numbers, email addresses and text messaging numbers through which you would like to receive Union Elementary School District messages. |  | Messages that you would like to receive at each phone, email account or text message. Please check all that apply. |                                     |                                      |                          |                          |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                   |  | Emergency                                                                                                          | Non-School Hour<br>Emergency        | Delayed Opening<br>& School Closings | Attendance               | General Messages         | Secure Document<br>Delivery         |
| Phone 1                                                                                                                                                                                                                           |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| Phone 2                                                                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/>                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| Phone 3                                                                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/>                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| Phone 4                                                                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/>                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| Email 1                                                                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/>                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Email 2                                                                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/>                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Text 1                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/>                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| Text 2                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/>                                                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |

\* The information in School Messenger is pulled directly from our student information database at the school. If no changes are made to this form, then calls will use default settings for messages and are mapped as follows:

Phone 1 = Guardian 1 Home phone  
 Phone 2 = Guardian 1 Cell phone  
 Phone 3 = Guardian 2 Home Phone  
 Phone 4 = Guardian 2 Cell Phone

☐ I give my permission to be called by Union Elementary School District #62 using automated dialing equipment on the phone numbers listed above:

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian name (Please Print)

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian signature

\_\_\_\_\_  
 Date

This completed form should be returned to your child's school.

# Migrant Education Program

| STUDENT INFORMATION                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                                                                                  |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Student's Last Name                                                                                                                                                                                                                                     | Student's First Name | Student's Middle Name                                                                                            | School   |
| NAME OF PERSON COMPLETING THIS FORM                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                                                                                  |          |
| Relationship: (Check <b>ONE</b> ) <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Step-Mother <input type="checkbox"/> Step-Father    |                      |                                                                                                                  |          |
| First Name                                                                                                                                                                                                                                              |                      | Last Name                                                                                                        |          |
| Home Address                                                                                                                                                                                                                                            | City                 | State                                                                                                            | Zip Code |
| Primary Phone Number <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work                                                                                                                                          |                      | Alternate Phone Number <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work |          |
| PLEASE ANSWER YES OR NO TO THE FOLLOWING QUESTIONS                                                                                                                                                                                                      |                      |                                                                                                                  |          |
| Have you worked in agriculture-related jobs (such as field work, fruit or vegetable packing companies, dairies, or ranches) in the last 3 years?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                            |                      |                                                                                                                  |          |
| Have you recently moved with your family from another city, state, Mexico or Canada to work in the fields, packing companies, dairies or ranches?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                           |                      |                                                                                                                  |          |
| Have you left the school district with your family to go work in the fields, packing companies, dairies, or ranches?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                                        |                      |                                                                                                                  |          |
| If you answered YES to any of the above questions, your children may be eligible for services through the Union Elementary School District No. 62 Migrant Program.<br>You will be contacted to set up an interview with staff from the Migrant Program. |                      |                                                                                                                  |          |

# Migrante Educación Programa

| INFORMACION DEL ESTUDIANTE                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                                                                                              |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Apellido del Estudiante                                                                                                                                                                                                                   | Primer Nombre del Estudiante | Segundo Nombre del Estudiante                                                                                                | Escuela       |
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTA FORMA                                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                                                              |               |
| Relacion: (Marque <b>UNO</b> ) <input type="checkbox"/> Madra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro |                              |                                                                                                                              |               |
| First Name                                                                                                                                                                                                                                |                              | Apellido                                                                                                                     |               |
| Direccion de Casa                                                                                                                                                                                                                         | Ciudad                       | Estado                                                                                                                       | Codigo Postal |
| Numero de Telefono Primario <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo                                                                                                                 |                              | Número de teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo |               |
| POR FAVOR RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                                                                              |               |
| ¿Ha trabajado usted en el campo de la agricultura, en la cosecha, empackadora de frutas y verduras, lecherias, o ranchos en los últimos tres años?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |                              |                                                                                                                              |               |
| ¿Se ha mudado usted recientemente con su familia de otra ciudad, estado, México o Canadá para trabajar en el campo, cosechas, empackadoras, lecherias o <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                           |                              |                                                                                                                              |               |
| ¿Ha salido usted de este Distrito Escolar Union con su familia para trabajar en el campo, cosechas, empackadoras, lecherias o ranchos?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                         |                              |                                                                                                                              |               |
| Si ha Mercado Si en una de las preguntas es posible que cualifican sus niño para servicios del Programa Migrante del Distrito Union, el personal dosente del programa migrante les hablaran para hacer una entrevista con Ud.             |                              |                                                                                                                              |               |

# Information for Parents

## If your family lives in any of the following situations:

- In a shelter, motel, vehicle, or campground
- On the street
- In an abandoned building, trailer, or other inadequate accommodations, or
- Doubled up with friends or relatives because you cannot find or afford housing

**Then, your preschool-aged and school-aged children have certain rights or protections under the McKinney-Vento Homeless Education Assistance Act.**

### Your children have the right to:

- Go to school, no matter where you live or how long you have lived there. They must be given access to the same public education, including preschool education, provided to other children.
- Continue in the school they attended before you became homeless or the school they last attended, if that is your choice and is feasible. If a school sends your child to a school other than the one you request, the school must provide you with a written explanation and offer you the right to appeal the decision.
- Receive transportation to the school they attended before your family became homeless or the school they last attended, if you or a guardian request such transportation.
- Attend a school and participate in school programs with children who are not homeless. Children cannot be separated from the regular school program because they are homeless.
- Enroll in school without giving a permanent address. Schools cannot require proof of residency that might prevent or delay school enrollment.
- Enroll and attend classes while the school arranges for the transfer of school and immunization records or any other documents required for enrollment.
- Enroll and attend classes in the school of your choice even while the school and you seek to resolve a dispute over enrolling your children.
- Receive the same special programs and services, if needed, as provided to all other children served in these programs.
- Receive transportation to school and to school programs.

### When you move, you should do the following:

- Contact the school district's local liaison for homeless education (see phone number below) for help in enrolling your child in a new school or arranging for your child to continue in his or her former school. (Or, someone at a shelter, social services office, or the school can direct you to the person you need to contact.)
- Contact the school and provide any information you think will assist the teachers in helping your child adjust to new circumstances.
- Ask the local liaison for homeless education, the shelter provider, or a social worker for assistance with clothing and supplies, if needed.

#### Local Area Contacts:

**DOLORES VILLANUEVA**

**State Coordinator:**

**FRANK MIGALI**

If you need further assistance, call the  
National Center for Homeless Education  
at the toll-free HelpLine number:

**1-800-308-2145**



# Información para Padres

## Si su familia vive bajo una de las siguientes condiciones:

- en un albergue, motel, vehículo, o parque para acampar
- en la calle o al aire libre
- en un edificio abandonado, remolque-residencia (trailer) u otro alojamiento inadecuado
- comparatiendo una vivienda con otra familia o algún pariente a causa de no poder encontrar alojamiento o por falta de recursos económicos

Entonces, sus niños de edad preescolar y escolar tienen ciertos derechos y protecciones bajo el Acta de Asistencia Educativa para "Los Sin Hogar" de McKinney-Vento (McKinney-Vento Homeless Education Assistance Act).

## Sus niños tienen el derecho de:

- asistir a la escuela, no importa donde vivan o qué tanto tiempo hayan vivido allí. Tienen el privilegio de acceso a la misma educación pública y deben ser proveídos de los mismos servicios que se ofrecen a los otros niños que tienen hogar, incluyendo programas de educación pre-escolar.
- seguir asistiendo a la escuela que asistieron antes de llegar a quedarse sin hogar o a la última escuela que asistieron, si esto es su deseo y es práctico. Si un empleado de una escuela envía sus niños a una escuela aparte de la escuela solicitada, ésta persona tiene que dar por escrito una explicación de la acción tomada y ofrecerles la oportunidad de apelar la decisión.
- recibir servicios de transportación a la escuela en donde asistieron antes de llegar a quedarse sin hogar o a la última escuela que asistieron si ustedes o un guardián de los niños pide tales servicios.
- asistir a la escuela y participar en programas y actividades escolares con niños que tienen hogar. Los niños no pueden estar separados del plan escolar normal y regular a causa de que se encuentran sin hogar.
- inscribirse en una escuela sin tener que proveer ninguna dirección de domicilio permanente. Las escuelas no están autorizadas para requerir ninguna prueba de residencia que pueda impedir o retrasar la inscripción de niños en la escuela.
- inscribirse en una escuela y asistir a sus clases mientras que la escuela haga los trámites necesarios para obtener los archivos escolares, los datos de inmunizaciones, o cualquier otro documento necesario para inscribirse.
- inscribirse y asistir a clases en la escuela seleccionada mientras que la escuela y ustedes busquen resolver una disputa sobre la escuela seleccionada. (Cada distrito escolar tiene una persona asignada como el oficial de intercomunicación para los niños y jóvenes sin hogar que ayudará a los jóvenes a resolver estas disputas cuando falta la presencia de los padres.)
- estar proveídos de los mismos programas y servicios especiales, si son necesarios, que se ofrecen a los demás estudiantes que tienen hogar y están recibiendo estos servicios.
- recibir transporte escolar a la escuela y a los programas escolares.

## Cuando cambien de residencia, deben de hacer lo siguiente:

- comunicarse con la persona asignada como el oficial de intercomunicación para los niños y jóvenes sin hogar del distrito escolar (vea los datos de contacto al pie de esta columna) para ayuda en inscribir su hijo/a en una nueva escuela or para hacer los arreglos necesarios para que puedan seguir en la escuela donde habían asistido. (Empleados de los albergues, de los servicios sociales en su comunidad, o de la escuela pueden dirigirles a la persona con quien se deben comunicar.)
- comunicarse con la escuela y proveer cualquier información que usted piensa será útil a los maestros para ayudar a los niños hacer los ajustes a sus nuevas circunstancias.
- pedir al oficial de intercomunicación para los niños y jóvenes sin hogar, los empleados del albergue, o a los trabajadores sociales asistencia con ropa y útiles escolares, si es necesario.

### Contacto Local:

**DOLORES VILLANUEVA**

### Coordinador Estatal:

**FRANK MIGALI**

Si necesita ayuda adicional, llame al Centro Nacional de Educación para "Los Sin Hogar" (National Center for Homeless Education) al número de ayuda gratis:

**1-800-308-2145**

