

2023-2024

Registration Packet



Union Elementary School District #62

3834 S. 91st Ave
Tolleson, Az 85353

District Office: 623-478-5005 Fax: 623-478-5006

Student Services: 623-478-5017 Fax: 623-478-5008

Hurley
Ranch
Elementary

3rd to 8th
8950 W. Illini Dr
Tolleson, Az 85353
623-478-5100
HR.Attendance@uesd.org

Union
Elementary
School

Pre-K to 2nd
3834 S. 91st Ave
Tolleson, Az 85353
623-478-5000
UES.Attendance@uesd.org

Dos Rios
Elementary

K to 8th
2150 S. 87th Ave
Tolleson, Az 85353
623-474-7000
DR.Attendance@uesd.org

District Boundaries

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



Dos Rios Elementary

2150 S 87th Avenue – K-8th grade

Between Buckeye and Lower Buckeye, 83rd Avenue and 91st Avenue.



Hurley Ranch Elementary

8950 W Illini Dr – 3rd-8th grade

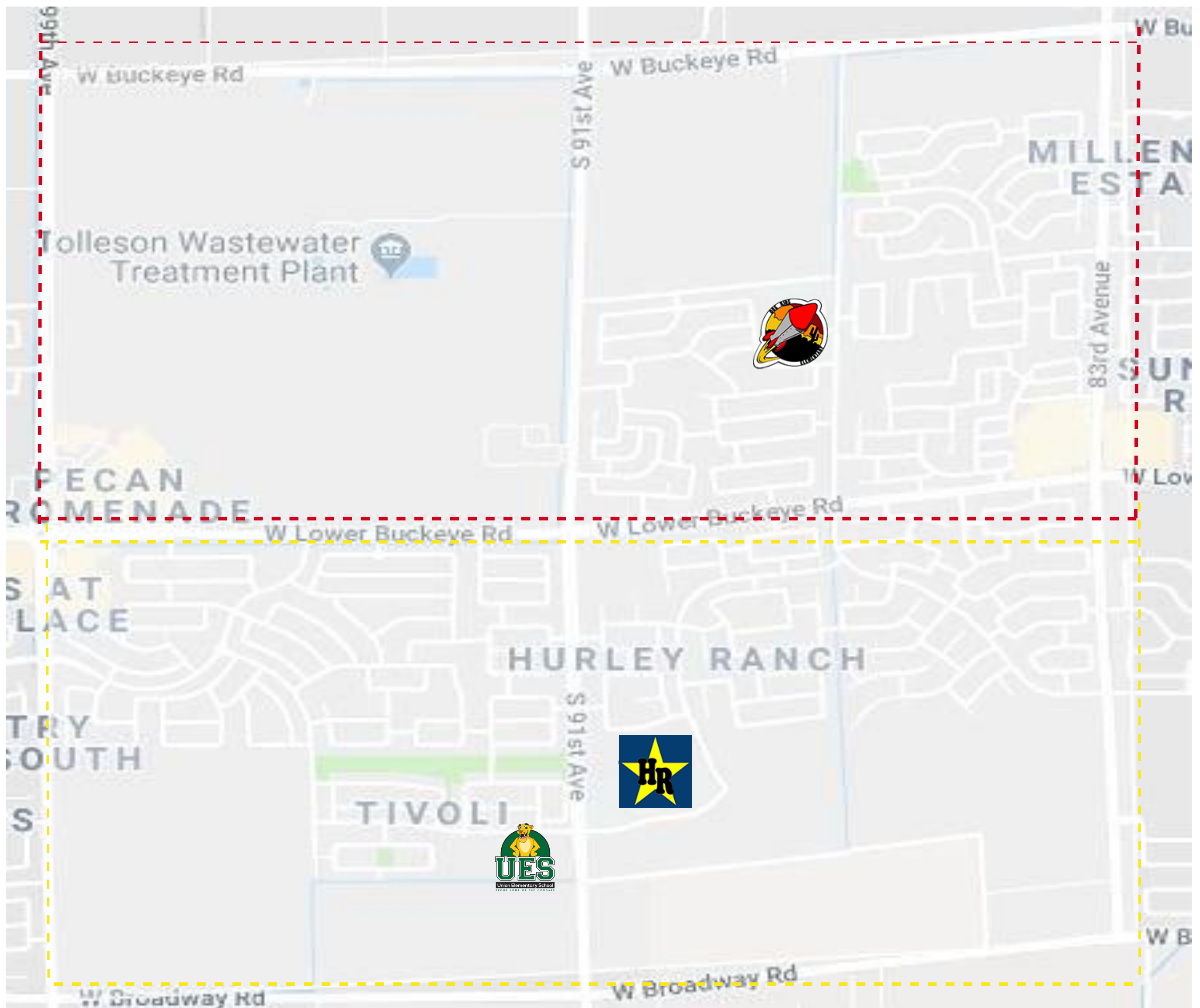
South of Lower Buckeye, between 83rd Avenue and 99th Avenue



Union Elementary

3834 S 91st Ave – PreK- 2nd grade

South of Lower Buckeye, between 83rd Avenue and 99th Avenue



Welcome to Union Elementary School District

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:

1. Proof of Residency Main: (Must be current within the last 30 days)
_____ 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. <u>Proof of Residency documentation must be renewed each year.</u>
And
2. Proof of Residency Secondary: (Must be current within the last 30 days)
_____ 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
3. Notarized Form
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.
4. Guardianship Paperwork (If applicable)
Please Note: The assigned legal guardian must register the child and provide court appointed custody documentation. A Court order or State or tribal agency notice to provider if applicable
5. Immunization Record
Must have up to date records
6. Birth Certificate
_____ Must be a Certified Birth Certificate from the Vital Statistics of the state child was born in, not a hospital certificate
7. Withdrawal Form and/ or Report Card from previous school

☐

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.

Welcome to Union Elementary School District

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:

1. Comprobante de Domicilio Principal: (Debe ser actual dentro de los últimos 30 días)
_____ Declaración de Compra de Hipoteca o Contrato de Alquiler/Arrendamiento
_____ Factura de Electricidad de SRP/APS que muestre nombre y dirección de los padres
_____ Factura de Southwest Gas que muestre nombre y dirección de los padres
_____ Factura de Agua que muestre el nombre y dirección de los padres
*Reglamento del Distrito para Prueba de Domicilio ha sido establecido y se hará conforme para todos los estudiantes. <u>Documentación de Comprobante de Domicilio debe ser renovada cada año.</u>
Y
2. Comprobante de Domicilio Secundaria: (Debe ser actual dentro de los últimos 30 días)
_____ Factura de Teléfono que muestre nombre y dirección de los padres
_____ Factura del Médico que muestre nombre y dirección de los padres
_____ Estado de Cuenta del Banco o Tarjeta de Crédito que muestre nombre y dirección de los padres
_____ Seguro de Auto que muestre nombre y dirección de los padres
3. Forma Notariada
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.
4. Documentos de Tutela Legal (Si aplica)
Por Favor Tenga en Cuenta: El tutor legal asignado debe inscribir al estudiante y proporcionar documentación de custodia designada por la corte..
5. Registro de Vacunación
Debe tener registros actualizados
6. Certificado de Nacimiento
_____ 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
7. Forma de retiro y/o Boleta de la escuela anterior

☐

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 2023-2024

For Office Use Only	Date entered into synergy
Perm ID #	
State ID #	
Entered Date:	
Enter Code:	

Student

Legal Last Name: _____ **First:** _____ **Middle:** _____

Gender: ☐ M ☐ F **Grade:** ☐ PS ☐ KG ☐ 1st ☐ 2nd ☐ 3rd ☐ 4th ☐ 5th ☐ 6th ☐ 7th ☐ 8th

Date of Birth: ____/____/____ **Name Student Goes by:** ____/____
Month Day Year (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)	Parent/ Guardian Information	
	1.) Relationship to student ☐ Parent ☐ Stepparent ☐ Grandparent ☐ Foster Parent ☐ Guardian ☐ other: _____ ☐ Foster Home ☐ Group Home Lives with enrolling child	
	Last Name _____ First Name: _____ Date of Birth: _____ Address: _____ City: _____ Zip Code: _____ (if different than student's primary address)	
	Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____ Employer: _____ Work Phone: _____ Ext: _____	
	2.) Relationship to student ☐ Parent ☐ Stepparent ☐ Grandparent ☐ Foster Parent ☐ Guardian ☐ other: _____ Gender: ☐ Male ☐ Female Lives with enrolling child ☐ No ☐ Yes	
	Last Name _____ First Name: _____ Date of Birth: _____ Address: _____ City: _____ Zip Code: _____ (if different than student's primary address)	
	Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____ Employer: _____ Work Phone: _____ Ext: _____	
	3.) Relationship to student ☐ Parent ☐ Stepparent ☐ Grandparent ☐ Foster Parent ☐ Guardian ☐ other: _____ Gender: ☐ Male ☐ Female Lives with enrolling child ☐ No ☐ Yes	
	Last Name _____ First Name: _____ Date of Birth: _____ Address: _____ City: _____ Zip Code: _____ (if different than student's primary address)	
	Cell Phone: _____ Landline: _____ Email: _____ Employer: _____ Work Phone: _____ Ext: _____	
4.) Relationship to student ☐ Parent ☐ Stepparent ☐ Grandparent ☐ Foster Parent ☐ Guardian ☐ other: _____ Gender: ☐ Male ☐ Female Lives with enrolling child ☐ No ☐ Yes		
Last Name _____ First Name: _____ Date of Birth: _____ Address: _____ City: _____ Zip Code: _____ (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 2023-2024

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 ☐ 1st ☐ 2nd ☐ 3rd ☐ 4th ☐ 5th ☐ 6th ☐ 7th ☐ 8th

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 ☐ Si

¿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)	Padre/Tutor		
	1.) Relación al estudiante ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Abuelo(a) ☐ Padre de crianza ☐ Tutor ☐ otro: _____		
	☐ Casa de Grupo ☐ Casa de Acogida Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Vive con el niño(a) inscrito: ☐ No ☐ Sí		
	Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____		
	Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ (si es diferente al domicilio residencial del estudiante)		
	Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____		
	Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____		
	2.) Relación al estudiante ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Abuelo(a) ☐ Padre de crianza ☐ Tutor ☐ otro: _____		
	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Vive con el niño(a) inscrito: ☐ No ☐ Sí		
	Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____		
	Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ (si es diferente al domicilio residencial del estudiante)		
	Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____		
	Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____		
	3.) Relación al estudiante ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Abuelo(a) ☐ Padre de crianza ☐ Tutor ☐ otro: _____		
	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Vive con el niño(a) inscrito: ☐ No ☐ Sí		
	Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____		
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ (si es diferente al domicilio residencial del estudiante)			
Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____			
Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____			
4.) Relación al estudiante ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Abuelo(a) ☐ Padre de crianza ☐ Tutor ☐ otro: _____			
Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Vive con el niño(a) inscrito: ☐ No ☐ Sí			
Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____			
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ (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: _____



**Arizona Department of Education
Arizona Residency Documentation Form**

Student Name _____ **School** _____

School District or Charter Holder: _____

Parent/Legal Guardian Name: _____

As the Parent/Legal Guardian of the Student, I attest* that I am a resident of The State of Arizona and submit in support of this attestation a copy of the following document that displays my name and residential address or physical description of the property where the student resides

- ___ Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- ___ Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
- ___ 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)
- ___ I am currently unable to provide any of the foregoing documents. Therefore, I have provided an original affidavit signed and notarized by an Arizona resident who attest that I have established residence in Arizona with the person signing the affidavit.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

*For members of the armed services, the provisions of verifiable documentation does not serve as a declaration of the official residency for income tax or other legal purposes. Armed service members may utilize a temporary on-base billeting facility as the address for proof of residency.



Affidavit of Shared Residence

Student Name: _____

Parent/Legal Guardian Name: _____

School Name: _____

School District or Charter Holder: _____

Name of Arizona Resident: _____

I, (resident name) _____ 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 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
- ___ Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
- ___ 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:



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 agua, electricidad, gas, cable, o teléfono
- ___ Estado de cuenta de banco o tarjeta de crédito
- ___ Declaración de ingresos W-2
- ___ Talón de nómina
- ___ 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:

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. 87TH Ave. Tolleson, AZ 85353 623-474-7010 Fax: 623-936-9253
Email: DR.attendance@uesd.org

[☐] **Union** 3824 S. 91st Ave. Tolleson, AZ 85353 623-478-5000
Email: 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

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

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

[☐] 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. 87TH Ave. Tolleson, AZ 85353 623-474-7010 Fax: 623-936-9253
Email: DR.attendance@uesd.org

[☐] **Union** 3824 S. 91st Ave. Tolleson, AZ 85353 623-478-5000
Email: 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

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

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

[☐] 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



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Home Language Survey

The responses to this Home Language Survey (HLS) are used by the school to provide the most appropriate instructional programs and services for the student. **The answers below will determine if a student will take the Arizona English Language Learner Assessment (AZELLA).** Please respond to each of the three questions as accurately as possible. If you need to correct any of your responses, this must be done **before** the student takes the AZELLA Placement Test.

1. What language do people speak in the home *most* of the time?

2. What language does the student speak *most* of the time?

3. What language did the student first speak or understand?

Student Name _____ District Student ID _____

Date of Birth _____ SSID _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

District or Charter _____

School _____

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

These HLS questions are in compliance with Arizona Administrative Code (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c)). (Revised 01-2020)



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

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

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

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

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

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Fecha _____	
Distrito o Charter _____	
Escuela _____	

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

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

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 18th 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: _____

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

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 it 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,
Including Alaska Native

_____ State
Recognized

_____ Terminated

Organized Indian Group
meeting #5 of the
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 _____

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 ONE) ☐ Mother ☐ Father ☐ Guardian ☐ Foster Parent ☐ Step-Mother ☐ Step-Father			
First Name		Last Name	
Home Address	City	State	Zip Code
Primary Phone Number ☐ Cell ☐ Home ☐ Work		Alternate Phone Number ☐ Cell ☐ Home ☐ 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? ☐ Yes ☐ 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? ☐ Yes ☐ No			
Have you left the school district with your family to go work in the fields, packing companies, dairies, or ranches? ☐ Yes ☐ 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. 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 UNO) ☐ Madra ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Padre Adoptivo ☐ Madrastra ☐ Padraastro			
First Name		Apellido	
Direccion de Casa	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono Primario ☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo		Número de teléfono alternativo ☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo	
POR FAVOR RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS			
¿Ha trabajado usted en el campo de la agricultura, en la cosecha, empacadora de frutas y verduras, lecherías, o ranchos en los últimos tres años? ☐ Sí ☐ No			
¿Se ha mudado usted recientemente con su familia de otra ciudad, estado, México o Canadá para trabajar en el campo, cosechas, empacadoras, lecherías o ☐ Sí ☐ No			
¿Ha salido usted de este Distrito Escolar Union con su familia para trabajar en el campo, cosechas, empacadoras, lecherías o ranchos? ☐ Sí ☐ No			
Si ha Mercado Si en una de las preguntas es possible que cualifican sus niño para servicios del Programa Migrante del Distrito Union, el personal dosente del programa migrante les hablara para hacer una entrevista con Ud.			

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: _____ (Last, First)		Messages that you would like to receive at each phone, email account or text message. Please check all that apply.					
School: _____ Grade: _____		Emergency	Non-School Hour Emergency	Delayed Opening & School Closings	Attendance	General Messages	Secure Document Delivery
Phone numbers, email addresses and text messaging numbers through which you would like to receive Union Elementary School District messages.							
Phone 1		☒	☒	☐	☐	☐	
Phone 2		☐	☐	☐	☐	☐	
Phone 3		☐	☐	☐	☐	☐	
Phone 4		☐	☐	☐	☐	☐	
Email 1		☐	☐	☐	☐	☐	☒
Email 2		☐	☐	☐	☐	☐	☒
Text 1		☐	☐	☐	☐	☐	
Text 2		☐	☐	☐	☐	☐	

* 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.

Emergency Medical Information 2023-2024

(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

Last Name of Student

First Name

M.I.

Date of Birth

Teacher

Grade

Address

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 *****

____ Epilepsy

____ Multiple sclerosis

____ Attention Deficit Disorder

____ Glasses/contact lenses

____ Muscular dystrophy

____ Cancer

____ Headaches/Migraines

____ Seizure disorder

____ High blood pressure

____ Cerebral Palsy

____ Hearing problems

____ Scoliosis

____ Chicken pox @ what age

____ Heart conditions

____ Tuberculosis (T.B.)

____ Chronic ear infections

____ Hepatitis

____ Depression

____ Hemophilia

____ Diabetes

____ Other (explain)

**** 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 guardianDate

(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 2023-2024

(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/ Tutor

Fecha

(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: _____

INFORMATION FOR PARENTS



IF YOUR FAMILY LIVES IN ANY OF THE FOLLOWING SITUATIONS:

In a shelter



In a motel or campground due to the lack of an alternative adequate accommodation



In a car, park, abandoned building, or bus or train station



Doubled up with other people due to loss of housing or economic hardship

Your school-age children may qualify for certain rights and protections under the federal McKinney-Vento Act.

Your eligible children have the right to:

- Receive a free, appropriate public education.
 - Enroll in school immediately, even if lacking documents normally required for enrollment.
 - Enroll in school and attend classes while the school gathers needed documents.
 - Enroll in the local school; or continue attending their school of origin (the school they attended when permanently housed or the school in which they were last enrolled), if that is your preference.
- * If the school district believes that the school you select is not in the best interest of your children, then the district must provide you with a written explanation of its position and inform you of your right to appeal its decision.
- Receive transportation to and from the school of origin, if you request this.
 - Receive educational services comparable to those provided to other students, according to your children's needs.

If you believe your children may be eligible, contact the local liaison to find out what services and supports may be available. There also may be supports available for your preschool-age children.



Local Liaison

Raquel Gutierrez
6234-78-5017

State Coordinator

Rita Rodriguez
602-542-4963

If you need further assistance with your children's educational needs,
contact the National Center for Homeless Education:

1-800-308-2145 * homeless@serve.org <http://nche.ed.gov>

*

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES



SI SU FAMILIA VIVE EN CUALQUIERA DE LAS
SITUACIONES SIGUIENTES:

En un albergue



En un motel o un sitio para acampar debido a la falta de una alternativa adecuada



En un auto, un parque, un edificio abandonado, o una estación de trenes o de autobuses



Compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su casa
o a una dificultad económica

*Sus hijos de edad escolar podrían calificar para recibir ciertos derechos y protecciones bajo la
ley federal McKinney-Vento.*

Sus hijos elegibles tienen derecho a:

- Recibir una educación pública gratuita y apropiada.
- Inscribirse en la escuela inmediatamente, aunque falten documentos normalmente requeridos para la inscripción.
- Inscribirse y asistir a clases mientras que la escuela obtiene los documentos necesarios.
- Inscribirse en la escuela local; o continuar asistiendo a la escuela de origen (la escuela a la cual su hijo asistió cuando tenía una residencia permanente, o la última escuela en la cual estaba inscrito), si esto es su preferencia.

* Si el distrito escolar cree que la escuela escogida por usted no es la mejor para sus hijos, el distrito tiene que darle a usted una explicación escrita de su posición e informarle de su derecho de apelar su decisión.

- Recibir transporte a/de la escuela de origen, si usted lo pide.
- Recibir servicios educacionales comparables a los que están provistos para otros estudiantes, según las necesidades de sus hijos.

Si usted cree que sus hijos podrían ser elegibles, contacte al oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar de su distrito escolar para averiguar los servicios y ayudas que podrían estar disponibles. También puede haber apoyo disponible para sus hijos de edad preescolar.



Oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar

Raquel Gutierrez
6234-78-5017

Coordinador estatal

Rita Rodriguez
602-542-4963

Si usted necesita ayuda adicional con las necesidades educacionales de sus hijos, contacte al Centro Nacional de Educación para los Niños y Jóvenes sin Hogar:

1-800-308-2145 * homeless@serve.org <http://nche.ed.gov>

Union Elementary School District
McKinney-Vento STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE
2023-2024

This form is intended to address the requirements of the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. The answers to this residency information help determine the services the student may be eligible to receive.

Name of Student: _____
Last First Middle

Birth Date: ____/____/____ Age: ____ Male ☐ Female ☐
Month Day Year

School: ☐ Union ☐ Hurley Ranch ☐ Dos Rios Grade: ____ Enrollment Date ____

Address: _____ Zip: _____ Phone: _____

1. Is your current address a temporary living arrangement? Yes ____ No ____

2. If it is a temporary living arrangement, is it due to loss of housing or economic hardship? Yes ____ No ____

If you answered NO to either question 1 or 2, STOP HERE and sign at bottom of page.

If you answered YES to both questions 1 and 2, please COMPLETE the remainder of this form.

Presently where is the student living?

- ☐ Temporarily living with another family in a house or apartment
- ☐ In a shelter
- ☐ In a motel/hotel, car or campsite
- ☐ With friends or family members (other than parent/guardian)
- ☐ In another location that is not appropriate for people (e.g., an abandoned building)
- ☐ Other (in an arrangement that is not fixed, regular, and adequate and is not described by the other choices)

The student lives with: (check all that apply)

- ☐ Parent/legal guardian
- ☐ A family member
- ☐ An adult who is not the parent/legal guardian
- ☐ No adult; student is unaccompanied youth

PLEASE SIGN

Name of Mother/Father Signature Today's Date

Legal Guardian Signature Today's Date

DISTRICT OFFICE USE ONLY

Date Received at DO _____
Date entered in DO Spreadsheet _____
☐ Program Status in Synergy
☐ Free Lunch Status in Synergy
☐ Student Rights Sent Home

Union Elementary School District
McKinney-Vento ENCUESTA DE DOMICILIO DE ALUMNOS
2023-2024

Este formulario está destinado a atender los requerimientos de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudaran a determinar los servicios que el alumno puede recibir.

Nombre del Alumno: _____
Apellido Paterno Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad: ____ Masculino ☐ Femenino ☐
Mes Día Año

Escuela: ☐ Union ☐ Hurley Ranch ☐ Dos Rios Grado: ____ Fecha de Inscripción _____

Domicilio: _____ Código Zip: _____ Tel: _____

1. ¿Su domicilio presente es temporal (de plazo corto)? Si ____ No ____

2. ¿Si su domicilio presente es temporal (de plazo corto), es por dificultades económicas? Si ____ No ____

Si contestó NO a cualquiera de las preguntas 1 o 2, PARE AQUÍ y firme al final de la pagina.

Si contestó SI a ambas preguntas 1 y 2, por favor complete el resto del formulario.

¿Actualmente donde vive el alumno?

- ☐ Temporalmente vive junto con otra familia en una casa o apartamento
- ☐ En un refugio
- ☐ En un motel/hotel, carro o lugar de campamento
- ☐ Con amigos o familiares (que no son los padres/tutores)
- ☐ En otro sitio que no es apropiado para personas (ej. casa o edificio abandonado)
- ☐ Otra situación (que no es permanente, sana, ni adecuada para vivir y no esta descrita por las otras opciones)

El alumno vive con: (marque todo lo que aplique)

- ☐ Padres/tutores ☐ Miembro de la familia
- ☐ Un adulto que no es el padre/tutor ☐ Sin un adulto; alumno no está acompañado

POR FAVOR FIRME

Nombre de Madre/Padre Firma Fecha de hoy

Nombre de Tutor Firma Fecha de hoy

DISTRICT OFFICE USE ONLY

Date Received at DO _____ ☐ Program Status in Synergy ☐ Student Rights Sent Home
Date entered in DO Spreadsheet _____ ☐ Free Lunch Status in Synergy

ESEA (Title I) Income Eligibility

The Arizona Department of Education provides the following FY 2023 Income Guidelines for determining eligibility information for federal funding associated with programs funded under the Elementary and Secondary Education Act (ESEA).

Is your family at or below the current income guidelines based on the attached **ESEA (Title I) Income Eligibility Guidelines** schedule?

Indicator 1 ☐

Indicator 2 ☐

No ☐

Definition of Income: all items such as wages and salaries before any deductions, and other income, such as self employment, welfare, social security, retirement benefits unemployment compensation, worker's compensation, Aid for Dependent Children, alimony, child support, pensions, insurance or annuity payments, etc.

If your family qualifies, please complete the following information for each child:

Child's Name

Name of School

Grade

I hereby certify that all the above information is true and correct.

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

These survey forms should be retained by the school or LEA and kept on file for a period of 5 years.

ESEA (Title I) INCOME Eligibility GUIDELINES

July 1, 2022- June 30, 2023

Income Eligibility 1

HOW OFTEN INCOME WAS RECEIVED

Family Size:	Yearly	Monthly	2 x Month (Bi-Monthly)	Bi-Weekly (Every Two Weeks)	Weekly
1	17,667	1,473	737	680	340
2	23,803	1,984	992	916	458
3	29,939	2,495	1,248	1,152	576
4	36,075	3,007	1,504	1,388	694
5	42,211	3,518	1,759	1,624	812
6	48,347	4,029	2,015	1,860	930
7	54,483	4,541	2,271	2,096	1,048
8	60,619	5,052	2,526	2,332	1,166
Each Additional Member Add:	+6,136	+512	+256	+236	+118

Income Eligibility 2

HOW OFTEN INCOME WAS RECEIVED

Family Size:	Yearly	Monthly	2 x Month (Bi-Monthly)	Bi-Weekly (Every Two Weeks)	Weekly
1	25,142	2,096	1,048	967	484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
Each Additional Member Add:	+8,732	+728	+364	+336	+168

Note:

If all income is received on the same schedule

Example: alimony = \$100 / month & pension = \$300 / month

DO NOT use conversion factors

If family reports income sources from more than one schedule

Example: alimony = \$100 / month & pension = \$300 / week

Income **MUST** be converted to yearly.

Yearly Income = Monthly	x 12
Yearly Income = Twice Per Month (Bi-Monthly)	x 24
Yearly Income = Every Two Weeks (Bi-Weekly)	x 26
Yearly Income = Week	x 52

DO NOT round the values resulting from each conversion

ESEA (Title I) Elegibilidad de Ingresos

El departamento de Educación le proporciona la siguiente guía para determinar elegibilidad de estudiantes asistiendo esta escuela en el año fiscal 2023. Esta información es importante para determinar si el estudiante es elegible para los programas federales de la ley Elementary and Secondary Education Act (ESEA).

¿Considerando la información, en el cuadro izquierdo de abajo, son los ingresos de su familia lo mismo -o- menos que las cantidades indicadas para el tamaño de su familia?

SI Indicator 1 ☐

SI Indicator 2 ☐

NO ☐

Definición de Ingresos: En esta forma debe de incluir todos sus ingresos debido a salarios, antes de deducciones o impuestos, y otros ingresos recibidos en empleo particular, asistencia pública, asistencia del Seguro Social, beneficios del Seguro de Desempleo, pagos de jubilación, pagos legales de asistencia para sus hijos, ingresos de pensiones y pólizas de seguros, etc.

Si su familia califica, por favor proporcione la siguiente información sobre sus hijos:

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

Firma del Padre-o-Guardian _____

Fecha: _____

NOTE: Estas forma debe archivar en las oficinas del distrito escolar

ESEA (Title I) Elegibilidad de Ingresos
Julio 1, 2022- Junio 30, 2023

Elegibilidad de Ingresos 1

CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON LOS INGRESOS

Tamaño de la familia:	Anual	Mensual	2 veces al mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	17,667	1,473	737	680	340
2	23,803	1,984	992	916	458
3	29,939	2,495	1,248	1,152	576
4	36,075	3,007	1,504	1,388	694
5	42,211	3,518	1,759	1,624	812
6	48,347	4,029	2,015	1,860	930
7	54,483	4,541	2,271	2,096	1,048
8	60,619	5,052	2,526	2,332	1,166
Cada Miembro adicional anadir:	+6,136	+512	+256	+236	+118

Elegibilidad de Ingresos 2

CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON LOS INGRESOS

Tamaño de la familia:	Anual	Mensual	2 veces al mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	25,142	2,096	1,048	967	484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
Cada Miembro adicional anadir:	+8,732	+728	+364	+336	+168

Nota:

Si todo los ingresos se reciben en el mismo horario

Ejemplo: pensión alimenticia = \$100 / mes y pensión = \$300 / mes

NO utilice factores de conversión

Si la familia reporta fuentes de ingresos de más de un horario

Ejemplo: pensión alimenticia = \$100 / mes y pensión = \$300 / semana

Los ingresos DEBEN convertirse a anuales.

Ingresos Anuales = Mensual	x 12
Ingresos Anuales = Dos Veces Al Mes (Bimensual)	x 24
Ingresos Anuales = Cada Dos Semanas (B semanalmente)	x 26
Ingresos Anuales = Semana	x 52

NO redondee los valores resultantes de cada conversión