

Ashland Public Schools
Ashland, MA 01721

PAQUETE DE REGISTRO

Para registrar a un estudiante en el Ashland Public School usted necesitará una cita con el consejero escolar apropiado y:

- 1. El paquete de registro completamente lleno. (Formularios a-f listados debajo)**
 - a. Formulario de Registro del Estudiante
 - b. Formulario de Información del Estudiante
 - c. Historial de Salud del Estudiante
 - d. Formulario de Emergencia de Salud
 - e. Formulario de Consentimiento de Divulgación de los Registros del Estudiante
Nota: Di el estudiante recibe Servicios de Educación Especial, se acordará una cita adicional con el presidente del EQUIPO para revisar los servicios PEI
 - f. Cuestionario de Lenguaje del Hogar
Nota: Si el primer idioma de tu hijo no es el Inglés, por favor notifique a la secretaría al momento del registro para que se pueda concertar una cita con el representante ELL en el departamento quien evaluará a su hijo en competencia del lenguaje.
 - g. Formulario de Transporte de Bus (opcional)
Nota: Este formulario debe ser regresado por cualquier estudiante (sea gratuito o por una cuota) quien se monte en el autobús escolar. Usted podría dejar este formulario de registro en la escuela (con los papeles apropiados de ser necesario) o usted podría traer o enviar por email directamente a la Oficina Comercial. **El formulario de registro del bus debe ser procesado antes de que un estudiante tome el bus.**
 - h. Formulario de Aplicación de Comida Gratuita y Reducida (Opcional)
- 2. Un Certificado de Nacimiento original con el sello en relieve.**
Nosotros lo copiaremos y le regresaremos el original a usted.
- 3. Registros de vacunación y exámenes físicos. (Vea Adjunto el Registro de Información de Salud/Requerimientos de Matriculación)**
 - a. Registros de vacunación con todas las fechas de todas las vacunaciones.
 - b. Prueba de un examen físico de no más de un año desde la fecha de inicio, o fecha de cita para un examen físico si el niño no ha tenido un examen físico desde hace un año.
- 4. Prueba de Residencia en la ciudad de Ashland.**
 - a. Si usted ha vivido en Ashland pero su hijo asistió previamente a una escuela privada usted necesitará lo siguiente: Prueba de propiedad o de renta de un hogar en Ashland (Un documento oficial de su residencia en la ciudad ej. Factura de impuestos, de agua, etc.) o, un acuerdo de renta actual firmado.
 - b. Si usted acaba de mudarse a Ashland o esta a punto de mudarse a Ashland (dentro de los siguientes 30 días), usted necesitará un Acuerdo de Compra y Venta o Renta. Nosotros copiaremos y le regresaremos el original a usted.

Nota: Los estudiantes quienes no estén viviendo en Ashland dentro de los 30 días después de comenzar clases no podrán ser matriculados en el Ashland Public Schools.

Ashland Public Schools

FORMULARIO DE REGISTRO/MATRICULACIÓN DEL ESTUDIANTE

Fecha de Matriculación: _____ Entrando a la Escuela/Grado: _____

Nombre: _____
Primero (como aparece en el certificado de nacimiento) Medio (sin inciiales) Apellido

Dirección: _____ Número telefónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ____M ____F Ciudad de Nacimiento: _____

Escuela a la que asistió previamente: _____

Dirección: _____ último Grado Completado: _____

Estudiante vive con: Padres ____ Padre ____ Madre ____ Representante ____ Padres Adoptivos ____

Nombre de Padre/Representante _____ Nombre de Padre/Representante _____

Dirección del Hogar _____ Dirección del Hogar _____

Empleador _____ Empleador _____

Dirección del Trabajo _____ Dirección del Trabajo _____

Celular _____ Celular _____

Teléfono del Hogar _____ Teléfono del Hogar _____

Teléfono del Trabajo _____ Teléfono del Trabajo _____

E-Mail Actual _____ E-Mail Actual _____

Hijos en la familia en orden cronológico (incluyendo este hijo)

<u>Nombre</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de Nacimiento/Grado</u>
1.		
2.		
3.		
4.		

Nota: Adjuntar una copia del acuerdo de custodia legal/orden de restricción de ser aplicable Sin esta información, cualquier padre podría acceder a la información educativa de su hijo y/o destituir/retirar a su hijo en cualquier momento.

Solo para uso Oficial:

Identificación del Local # _____

Identificación del Estado# _____

Ashland Public Schools
FORMULARIO DE EDUCACIÓN DEL ESTUDIANTE

POR FAVOR IMPRIMA

Nombre: _____

PRIMERO (Como aparece en el Certificado de Nacimiento) MEDIO COMPLETO (Sin iniciales) APELLIDO

Dirección: _____

Número Telefónico del Hogar: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ___M___ F___ Ciudad de Nacimiento: _____

Lenguaje Hablado Primario: _____

¿HIJO ADOPTIVO O PROTEGIDO ESTATAL? ___SI___ NO

EXTRANJERO: _____ NRO. Y ESTADO DE REGISTRO EXTRANJERO

FECHA DE LLEGADA A LOS ESTADOS UNIDOS: _____

***Etnicidad: Seleccione solo uno**

_____ **Hispano o Latino.** Una persona Cubana, mexicana, Puerto Riqueña, Sur o Centro América u otra Cultura u Origen Español, sin importar la raza. El término "origen Español" puede ser usado en adición a "Hispano o Latino."

_____ **No Hispano o Latino.**

***RACE – Seleccione todas las que apliquen**

_____ **Indio Americano o Nativo de Alaska**—Una persona que tenga orígenes en cualquiera de la gente original de Norte América y Sur América (incluyendo Centro América), y quien mantiene afiliaciones tribales o apego comunitario.

_____ **Asiático**—Una persona que tenga orígenes en cualquiera de las personas del Lejano Este, Sureste de Asia, el subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

_____ **Negro o Afroamericano**—Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los grupos raciales de África.

_____ **Nativo Hawaiano o de Otra Isla del Pacifico**—Una persona que tenga orígenes en cualquiera de la gente original de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del pacifico.

_____ **Blanco**—Una persona que tenga orígenes en cualquiera de la gente blanca original de Europa, el Este Medio y el Norte de África.

Estas definiciones fueron provistas por el Territorio Autónomo de Massachusetts.

Historial de Salud del Estudiante

El Historial de Salud del Estudiante es un documento confidencial requerido por todos los estudiantes que entren al Ashland Public Schools. Por favor informe a las enfermeras escolares sobre cualquier cambio en la salud de su hijo durante el año escolar y contacte a la enfermera escolar con cualquier pregunta o preocupación.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Lenguaje Primario: _____ Lenguaje Secundario: _____

1. Por favor seleccione cada persona viviendo en el hogar del estudiante y anote las edades de cualquier hermano o niños adoptivos.

mama Papa Abuelos Representante

Hermanos Edad _____ Edad _____ Edad _____ Edad _____

Hijos Adoptivos Edad _____ Edad _____ Edad _____ Edad _____

Otra relación con el estudiante: _____

2. ¿Han habido cambios recientes en su familia que podrían afectar a su hijo? Si escoge sí, por favor seleccione los cuadros apropiados y explique porque en el espacio debajo.

Nacimiento de Hermanos Cambio en Estado Marital Cambio de Casa Despliegue Militar

Muerte Reciente Enfermedad Familiar Cambio de Empleo Otro

3. ¿Su niño usa Lentes de contacto? Sí No
4. ¿Su hijo usa ayuda auditiva? Sí No
5. ¿Su hijo ha estado hospitalizado y/o tuvo alguna cirugía? Sí No
De ser sí, provea datos y explique debajo
- _____
- _____

6. ¿Tuvo su hijo alguna de las siguientes enfermedades? De ser así, por favor seleccione los cuadros apropiados y explique en el espacio debajo.

Infecciones del Oído (Frecuente) Enfermedad de Lyme Neumonía

Encefalitis Meningitis Infecciones de la Faringe (frecuente)

- Fiebres Altas Tos Ferina Tuberculosis
-
-

7. ¿Ha sido su hijo diagnosticado con cualquiera de las siguientes condiciones? De ser así, por favor selecciones los cuadros apropiados y explique en el espacio debajo.

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Retraso de Desarrollo | <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón | <input type="checkbox"/> Condición en la Piel |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Concusión | <input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio | <input type="checkbox"/> Enfermedad en los Riñones | <input type="checkbox"/> Desorden del Sueño |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> Incontinencia/Constipación | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette |
| <input type="checkbox"/> Autismo/ASD | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migrañas | <input type="checkbox"/> Dificultades Visuales |
-
-

8. ¿Acaso su hijo tiene alguna alergia (ej.: comida, medicina, latex, alergia estacional, insectos)? Yes No
De ser sí, por favor explique debajo y *por favor sea específico*.

9. ¿Acaso su hijo toma algún medicamento diariamente o de ser necesario para sus alergias? Yes No
De ser sí, por favor explique debajo.

10. ¿Acaso su hijo toma cualquier otro medicamento diariamente o cuando sea necesario? Yes No
De ser sí, por favor enliste cada medicamento y para que enfermedad/condición es tomada.

11. ¿Existe algún diagnostico que no esté cubierto previamente y que afecte a su hijo? De ser si, por favor explique.

12. ¿Hay algo sobre la salud mental o física de su hijo que le gustaría que la enfermera escolar este consciente que no haya sido mencionado hasta ahora? De ser así, ¿qué cosa?

Gracias por proveer esta valiosa información sobre la salud de su hijo. Si su hijo tiene una enfermedad crónica que requiera de mas conversación, por favor contacte a la enfermera escolar para programar una reunión. Por favor refiérase a la sección de Servicios de Salud en el sitio web del Ashland Public Schools para la información de contacto de la oficina de la enfermera en la escuela de su hijo— <http://www.ashland.k12.ma.us/health-services>.

Firma del individuo completando el formulario

Relación con el Estudiante

Fecha: _____

**ASHLAND PUBLIC SCHOOLS
SALUD – INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

Por favor lea cuidadosamente, firme, y regrese este formulario a la escuela.

Requerimientos de Salud mandatorios por el Estado incluyen los siguientes: Exámenes físicos son requeridos en los grados PK, K, 4, 7, y 10. Revisión visual ocurre anualmente en los grados PK, K-5, 7 y 10. Revisión auditiva ocurre anualmente en los grados PK, K-3, 7 and 10. Revisión de postura ocurre anualmente en los grados 5 al 9. La revisión del Índice de Masa Corporal (por sus siglas en Inglés BMI) ocurre anualmente en los grados 1, 4, 7 y 10. Los padres que elijan descartar la revisión BMI deben presentar una petición escrita a la enfermera escolar.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Salón Hogar _____

Dirección (calle) _____ (ciudad) _____ Teléfono Hogar _____

Estudiantes viven con: Padres ___ Padre ___ Madre ___ Representante ___ Padres adoptivos ___

Por favor selecciones uno: Madre / Padre / Representante Por favor selecciones uno: Madre / Padre / Representante

Name _____ Name _____

Dirección de Hogar _____ Dirección de Hogar _____

Empleador _____ Empleador _____

Dirección de trabajo _____ Dirección de trabajo _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Celular _____ Celular _____

Correo Electrónico _____ Correo Electrónico _____

Amigo/Cuidador/Relativo a quien se le podría preguntar que retire al estudiante en caso de no localizar a los padres:

Nombre _____ Relación _____ Circule: Teléfono/Trabajo/Casa _____

Nombre _____ Relación _____ Circule: Teléfono / Trabajo/Casa _____

Pediatra _____ Teléfono _____

Odontólogo _____ Teléfono _____

Ortodontista _____ Teléfono _____

Nombre de Seguro de Salud _____

Permiso para recibir Tylenol, Ibuprofeno, TUMS, y pastillas para la garganta en la escuela cuando sea necesario SI _____ NO _____

En una Emergencia, Yo doy permiso para que mi hijo/a sea transportado a una ambulancia, al Centro Medico MetroWest – Campus Framingham para tratamiento. Yo entiendo que seré notificado de la emergencia tan pronto como sea posible.

Notificare a la escuela si hay algún cambio en la información de arriba.

Firma de la Madre/padre/Representante _____ Fecha _____

Detalle abajo cualquier necesidad médica pertinente que sea relevante para el cuidado de su hijo en la escuela (medicamentos, alergias, exenciones religiosas).

Ashland Public Schools
ENCUESTA DE LENGUAJE EN EL HOGAR

Queridos Padres y Representantes:

En orden de ayudar a su hijo a tener éxito en la escuela, nosotros le pedimos que por favor responda las siguientes preguntas por cada hijo en su familia. Sus respuestas nos ayudarán en crear el mejor programa educativo posible para su hijo-.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

1. ¿Cuál fue el primer lenguaje que su hijo entendió o habló? _____
2. ¿Cuál lenguaje usa usted más seguido cuando habla con su hijo en el hogar?

3. ¿Cuál lenguaje usa su hijo más seguido cuando habla con usted en el hogar?

4. ¿Cuál lenguaje usa más seguido cuando habla con otros miembros de la familia? _____
5. ¿Cuál lenguaje usa más seguido para hablar con sus amigos?

6. ¿Qué lenguaje(s) lee su hijo? _____
7. ¿Qué lenguaje(s) escribe su hijo? _____
8. ¿A qué edad comenzó su hijo a asistir a la escuela? _____
9. ¿Su hijo ha asistido a la escuela cada año desde esa edad? ____ si ____ no
Si no, por favor explique:
10. ¿Preferiría usted que la comunicación oral y escrita de la escuela sea en Inglés o en su idioma hogareño? _____

Firma del Padre/Representante

Fecha

Relación (Encierre en un círculo): Madre Padre Representante Otro

A ser completado por el personal del Programa ELL antes de la asignación:

Fecha de Registro: _____ Grado _____ Escuela _____

Recomendación:

- Pruebas de Competencia/Revisión de Registros
- Servicios ELL
- No servicios ELL

ESCUELAS PÚBLICAS ASHLAND
FORMULARIO DE REGISTRO PARA EL TRANSPORTE EN ÓMNIBUS PARA
ESTUDIANTES
AÑO ESCOLAR 2016-2017

DEBE DEVOLVERSE ESTE FORMULARIO PARA TODOS LOS ESTUDIANTES (SUBVENCIONADO POR LA CIUDAD O CON COBRO) QUE UTILIZARÁN EL ÓMNIBUS ESCOLAR. SOLAMENTE ES NECESARIO UN FORMULARIO POR FAMILIA.

Deseo inscribir a mi hijo/hija/ niños para transporte en ómnibus hacia y desde la escuela durante el año escolar 2016-2017.
Debe completarse toda la información en forma completa.

Nombre del padre/madre/ tutor:		Teléfono:	
Domicilio:			
Nombre(s) del estudiante:			
Apellido	Nombre	Grado en 2016/17	Escuela

La cuota del autobús vence el 17 de JUNIO de 2016. Las inscripciones que se reciban pasado dicha fecha no serán procesadas hasta el 18 de Septiembre de 2015. No podemos garantizar un asiento en el autobús para los estudiantes que se inscriban pasada la fecha de vencimiento. Los asientos se repartirán por orden de llegada. Por favor envíe la inscripción por correo junto con un cheque o money order (por favor no enviar efectivo) para la cuota que corresponda (\$280 por estudiante / \$560 máximo por familia) a nombre de Ashland Public Schools-Bus Fee. El pago será la reserva de un asiento en el autobús. **No se enviarán los pases hasta que no esté acreditado el pago.** Envíe este formulario por correo a: Ashland Public Schools, Superintendent's Office, 87 West Union St., Ashland, MA 01721. Para su comodidad, hemos adjuntado un sobre con la dirección.

¿Preguntas??? Por favor llamen a Diane Goudy al número (508) 881-0150.

- Reunimos las condiciones para el transporte en ómnibus gratuito (Grado J-6 que viven a más de 2 millas de la escuela asignada)
- Deseamos inscribir para transporte con cobro (\$280 por niño / \$560 cuota familiar). Usted tiene la opción de pagar el monto total o puede pagar la primera mitad hasta el 17 de junio de 2016 y la segunda mitad hasta el 15 de Julio de 2016. A su/s hijo/s no se le/s asignará asiento hasta no recibir la cuota complete.
- Solicitamos una exención de la cuota del ómnibus. **(Se DEBE recibir el formulario de inscripción antes del 15 de junio, 2016.)** Una exención del honorario de ómnibus está disponible par alas familias en base a los mismos lineamientos utilizados para determinar la elegibilidad para Almuerzos Gratuitos y Reducidos. Si marcan esta caja, los contactaremos para tener información de verificación de ingresos.

Firma del padre/ madre/ tutor _____

¿Tiene su hijo/a una alergia grave u otra afección médica que le gustaría que el conductor de ómnibus conozca?:

*****Por favor completen el lado reverso de este formulario para Transporte de Cuidado de Día*****

SÓLO PARA USO DE LA FOCINA:

DATE RECEIVED: _____ AMOUNT RECEIVED: _____ CHECK # _____ OTHER _____

SECOND PAYMENT DATE: _____ AMOUNT RECEIVED: _____ CHECK # _____



FORMULARIO PARA EL TRANSPORTE DE CUIDADO DE DÍA

Por favor complete este formulario si su hijo/a (niños) asiste al Cuidado de Día durante el año escolar 2016-2017.

Nombre del estudiante: _____

Proveedor del cuidado de día: _____

Domicilio del cuidado de día: _____

Programa: _____

Nombre del estudiante: _____

Proveedor del cuidado de día: _____

Domicilio del cuidado de día: _____

Programa: _____

Nombre del estudiante: _____

Proveedor del cuidado de día: _____

Domicilio del cuidado de día: _____

Programa: _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE ASHLAND

SOLICITUD DE EXONERACION DEL PAGO DE TRANSPORTE

Para solicitar una exoneración del pago del transporte escolar, usted debe proveer prueba de los ingresos de todos los miembros de la familia que viven en la casa del niño o niña a más tardar el **17 de julio del 2016**.

Verificación del ingreso y tamaño familiar.
(Utilizado para la exoneración del pago de transporte escolar)

Nombre del Padre/Guardián:		
Dirección:	Pueblo:	Código Postal:
Teléfono: (casa)	(otro)	

	Primer Nombre	Ingresos del trabajo ante de las deducciones (Semanal)	Bienestar Social Manutención niño Manutención Marital (Semanal)	Pensiones Retiro Seguro Social (Mensual)	Otros Ingresos (Mensual)
Adultos:					
Madre					
Padre					
Otro:					

Adjunte copias de las pruebas de todas las fuentes de ingreso listadas anteriormente (como pagos de manutención al niño/niña, Planilla 1040 de pagos de impuestos federales páginas 1 y 2, SSI, AFDC, etc.) Los talonarios o comprobantes de pago deben mostrar los ingresos anuales hasta la fecha (NO ENVIE ORIGINALES). El no proveer pruebas de todos sus ingresos resultará en demoras en el procesamiento de este requerimiento y la posible pérdida del puesto en el autobús para sus niños. Es su responsabilidad proveer esta información con tiempo suficiente.

	Nombre	Apellido	Edad	Grado	Escuela	Sello de Comida o # de caso TANF (si existe)
Niños:						
Incluya a						
todos los						
niños						
viviendo						
en casa						

Un miembro adulto de la casa debe firmar esta inscripción. El adulto firmante también debe anotar su Número de Seguridad Social o marcar la casilla "No cuento con Número de Seguridad Social"

Declaro que toda la información de ésta inscripción es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela podría recibir fondos del Estado en base a la información que yo aporte. Comprendo que los oficiales de la escuela podrían verificar la información. Entiendo que si he aportado información falsa my hijo/a podría perder el transporte escolar y yo podría ser procesado legalmente.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Número de Seguridad Social: _____ No cuento con Número de Seguridad Social

Envíe este formulario a: Barbara Durand, Director of Finance and Services, Ashland Public Schools, 87 West Union Street, Ashland, MA 01721.

PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE:

Solicitud aprobada: _____ Fecha: _____

Solicitud Denegada: _____ Fecha: _____ Motivo: _____

INSTRUCCIONES Fuentes de ingresos

Fuente de ingresos de niños		Ejemplo(s)
- Ingresos profesionales	- Ingresos de ingreso del niño	- Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario
- Seguridad Social - Pagos por discapacidad - Beneficios al superáite		- Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social - Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o ha fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social
- Ingresos de una persona ajena a la vivienda		- Un amigo u otro familiar da regularmente dinero al niño
- Ingresos de cualquier otra fuente		- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuente de ingresos de adultos		
Ingresos profesionales	Ayuda pública / pensión alimenticia / manutención infantil	Pensión / jubilación / otros
- Sueldo, salario, bonos en efectivo - Ingresos netos como autónomo (granja o negocio) Si está en el Ejército de Estados Unidos: - Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) - Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa	- Prestación por desempleo - Indemnización laboral - Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income) - Ayuda económica del estado o gobierno local - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención infantil - Prestaciones para los veteranos - Prestación por huelga	- Seguridad Social (incluidas las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neuroconiosis) - Pensiones privadas o prestación por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles - Anualidades - Ingresos de inversión - Intereses ganados - Ingresos de alquiler - Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda

OPCIONAL Identidad étnica y racial de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico (marque uno): Hispano o latino No hispano o latino Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco
Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieren medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA. (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al USDA por:

correo:
 U.S. Department of Agriculture
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410
 fax: (202) 690-7442; o
 correo electrónico: program.intake@usda.gov
 Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

No rellenar Para uso exclusivo del colegio

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income How often? Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly Household size

Eligibility: Free Reduced Denied

Categorical Eligibility

Determining Official's Signature Date Confirming Official's Signature Date Verifying Official's Signature Date