

ESCUELAS PÚBLICAS WEST HOLT

HOJA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Grado: _____ Nombre del estudiante: _____ DOB: _____ GÉNERO: _____

POR FAVOR ACTUALICE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (SÍ / NO)

Durante el verano o el año escolar anterior, ¿ha cambiado su dirección postal? SÍ NO

En caso afirmativo, indique la nueva dirección: _____

¿Su hijo usa anteojos? SÍ NO Lentes de contacto SÍ NO

Tratamiento de emergencia SÍ NO

Permiso para buscar tratamiento de emergencia en el centro médico más cercano para este estudiante si no podemos comunicarnos con usted.

Exámenes de salud SÍ NO

Se otorga permiso para que mi hijo sea examinado por un profesional de la salud con licencia.

Permiso para excursiones SÍ NO

Permiso para participar en excursiones de estudiantes / clases (es decir, feria de carreras, viajes de feria de trabajo, etc.)

Comunicado de prensa: Imagen SÍ NO Trabaja SÍ NO

Permiso para divulgar o proporcionar nombre y / o foto a los medios de comunicación o publicar en el sitio web de la escuela o en las redes sociales.

Exención de seguro parental SÍ NO

Disponemos de un seguro adecuado para nuestro hijo en caso de accidente.

SALUD: Responda Sí / No (Si la respuesta es Sí, sea específico)

- Durante el verano o el año escolar anterior, ¿tuvo su hijo alguno de los siguientes:

- • Enfermedad / Lesión / Procedimiento (enumere): _____

- • Vacunas (tipo / fecha): _____

Alergias: _____

Condiciones de salud: _____

Medicamentos: _____

Inhalador / Nebulizador / Epi-Pen: _____

SOLICITUD PARA SUMINISTRAR MEDICAMENTOS DE MOSTRADOR DURANTE LA ESCUELA

(Por favor ponga sus iniciales en cada medicamento que está dando permiso para dar).

Tylenol _____ Ibuprofeno _____ Tums _____

CONTACTOS NO DOMÉSTICOS / DE EMERGENCIA

POR FAVOR INDIQUE 2 PERSONAS ADICIONALES QUE NO SON CONTACTOS DE EMERGENCIA / DEL HOGAR

NOMBRE (F, L)

RELACIÓN

NÚMEROS DE TELÉFONO

1. _____

2. _____

Firma del padre

Fecha

GRADO: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELAS PÚBLICAS WEST HOLT CERTIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO DEL MANUAL DEL ESTUDIANTE

Por la presente reconozco haber recibido una copia del Manual de las escuelas públicas de West Holt para 2021-2022. Entiendo que seré responsable de conocer y seguir los procedimientos y reglamentos descritos en este Manual. También llevaré el Manual a casa para que mis padres lo lean para que comprendan los procedimientos y regulaciones de la escuela.

"ESTE RECIBO SERÁ PARA DEMOSTRAR QUE USTED, COMO PADRE O TUTOR DE UN ESTUDIANTE QUE ASISTE A ESTE DISTRITO ESCOLAR, HA RECIBIDO AVISO DE LAS NORMAS DE CONDUCTA DEL DISTRITO ESCOLAR EXACTADO DE ESTUDIANTES CON RESPECTO A LA PROHIBICIÓN ABSOLUTA DE USO O ILEGALIZACIÓN DE LA ILUSIÓN. DROGAS O ALCOHOL EN LAS INSTALACIONES ESCOLARES O COMO PARTE DE CUALQUIERA DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESCUELA COMO SE DESCRIBE EN LA POLÍTICA DE LA JUNTA ESCOLAR O REGLAMENTO ADMINISTRATIVO. EL DISTRITO ESCOLAR PARA OBTENER CUALQUIER AYUDA FINANCIERA FEDERAL. SU FIRMA EN ESTE RECIBO RECONOCE QUE USTED Y SU HIJO O NIÑOS QUE SON ESTUDIANTES ASISTIENDO A ESTE DISTRITO ESCOLAR COMPRENDEN COMPLETAMENTE EL USO DEL DISTRITO ESCOLAR, LA POSICIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN O DISTRIBUCIÓN ILÍCITA DE LA PROHIBICIÓN DE DISTRIBUCIÓN O DISTRIBUCIÓN DE LA ALCOHOL EN LAS INSTALACIONES ESCOLARES O COMO PARTE DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESCUELA COMO SE DESCRIBE AQUÍ DY QUE EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS NORMAS ES OBLIGATORIO. CUALQUIER INCUMPLIMIENTO DE ESTAS NORMAS PUEDE RESULTAR EN MEDIDAS PUNITIVAS CONTRA CUALQUIER ESTUDIANTE QUE NO CUMPLA CON ESTAS NORMAS ".

Firma del alumno

Firma del Padre / Tutor

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

SERVICIO MILITAR (Marque uno)

SÍ NO: durante el período 2021-2022, un padre / tutor ESTARÁ en servicio activo o de reserva en el ejército de los EE. UU.

INFINITE CAMPUS

SÍ NO – He verificado toda la información relacionada con contactos domésticos y no domésticos.

SÍ NO – He completado la Solicitud de almuerzo gratis / reducido
(Recuerde: esto beneficia a su familia, su escuela y su comunidad. Todas las aplicaciones ayudan).

SI HA RESPONDIDO NO A ALGUNA DE ESTAS PREGUNTAS, POR FAVOR CONTACTE A LA OFICINA PARA OBTENER AYUDA PARA COMPLETAR ESTAS COSAS.

Formulario de consentimiento de los padres de Gmail y Google Apps for Education

Al firmar a continuación, acepto los términos y condiciones de este documento, Acuerdo de G Suite for Education, y permito que mi estudiante use Google Apps for Education, que incluye el uso de Gmail.

Firma de los padres _____ Fecha _____

Devuelva la solicitud completada a: **WEST HOLT PUBLIC SCHOOLS PO BOX 457 ATKINSON NE 68713**

Parte 1: Niños que asisten a la escuela

Indique el nombre de todos los niños que asisten a la escuela (**primer nombre, inicial del segundo, apellido**).
Si todos los niños nombrados son niños en custodia, salte a la Parte 4 para firmar el formulario.
Si algunos de los niños son niños en custodia o sin hogar, migrantes o refugiados, complete todos los pasos de la solicitud.

Grado	Nombre de la escuela a la que el niño asiste	Marque todas las que correspondan	
		Niño en custodia	Niño sin hogar, migrante o refugiado
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2: Programas de asistencia: Beneficios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR)

Indique el **NÚMERO DE CASO MAESTRO** (Master Case Number) en caso de que la familia califique para los programas SNAP, TANF o FDPIR: (No se aceptan número de Seguro Social, número de Medicaid ni número de transferencia electrónica de beneficios [Electronic Benefit Transfer, EBT]). Pase a la Parte 4.

Parte 3: Ingresos brutos totales de la familia (Debe informar el monto y la frecuencia)

1. Miembros de la familia Indique el nombre de todos los miembros de la familia, el ingreso actual de cada uno en dólares, en números redondos (sin centavos) y la frecuencia con la que lo recibe. Ingresar "0" o dejar el campo de ingreso en blanco certifica que no existe ningún ingreso para informar. Debe incluirse el ingreso para uso personal del niño en custodia.	2. Ingreso bruto (sin impuestos) y frecuencia con la que se recibió					
	Ganancias de trabajo antes de las deducciones		Asistencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia		Pensiones, jubilación y demás ingresos	
	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia

Número total de miembros de la familia: (Niños y adultos) _____
 Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) del adulto que firma este formulario: XXX – XXX – _____
 Marque esta opción si no hay SSN

Parte 4: Firma del adulto e información de contacto - Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud.

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han informado todos los ingresos. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas, y yo podría ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales vigentes".

Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____
 Dirección (si está disponible): _____ Código postal: _____ Teléfono durante el día: _____

Parte 5: Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)

Marcar una identidad étnica: – y – **Marcar una o más identidades raciales:**

Hispánico o latino Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 No hispano ni latino Blanco Indio americano o nativo de Alaska

No complete la sección siguiente (Para uso escolar solamente)

Conversión del ingreso anual: Semanal X 52 Cada 2 semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Mensual X 12

Cantidad total de integrantes de la familia: _____

Ingreso total: _____ por _____
 Año Mes Dos veces al mes Cada dos semanas Semana

Gratuitas Reducidas Rechazado

Ingreso Elegible según categoría:
 SNAP/TANF/FDPIR Niño en custodia Sin hogar/Migrantes/Refugiados:
 Ingreso demasiado elevado Solicitud incompleta

(Se requiere la documentación oficial en la Escuela)

Firma del funcionario que determina: _____ Fecha de aprobación: _____

PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN SOLAMENTE:

Firma del funcionario que confirma: _____ Fecha de confirmación: _____
 Firma del funcionario que verifica: _____ Fecha de verificación: _____

Fecha de retiro de la escuela: _____

Es posible que sus hijos califiquen para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido si su ingreso familiar se encuentra en el límite o debajo de los límites que se detallan en dicho cuadro.

CUADRO DE INGRESO FEDERAL para el año escolar 2021-22					
Cantidad de integrantes de la familia	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	23,828	1,986	993	917	459
2	32,227	2,686	1,343	1,240	620
3	40,626	3,386	1,693	1,563	782
4	49,025	4,086	2,043	1,886	943
5	57,424	4,786	2,393	2,209	1,105
6	65,823	5,486	2,743	2,532	1,266
7	74,222	6,186	3,093	2,855	1,428
8	82,621	6,886	3,443	3,178	1,589
Cada persona adicional:	8,399	700	350	324	162

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** exige la información que aparece en esta solicitud. No tiene que brindar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que su hijo reciba comidas gratuitas o a un precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios si usted envía la solicitud en nombre de un niño en custodia, si indica el número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) u otro identificador del FDIPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. ES POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar y determinar los beneficios de sus programas, con auditores para las revisiones del programa, y con personal de fuerzas de seguridad para ayudarlos a investigar infracciones en los reglamentos del programa.

De acuerdo con las regulaciones y políticas de los derechos civiles de la Ley Federal de Derechos Civiles y del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran los programas del USDA discriminen según raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o tomen represalias por una actividad anterior sobre los derechos civiles en cualquiera de los programas o actividades manejados o patrocinados por el USDA.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para conocer la información del programa (es decir, Braille, letra grande, video con audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del Programa del USDA (AD-3027). Encuéntrelo en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, en cualquier oficina del USDA o escriba una carta al USDA donde proporcione toda la información solicitada en el formulario. Si desea obtener una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.