

Solo para uso de la oficina: School: \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_\_ Enrollment Code: \_\_\_\_\_ Pupil Number: \_\_\_\_\_  
Graduating Year: \_\_\_\_\_ Frosh Start Date: \_\_\_\_\_ Locker Number: \_\_\_\_\_ Approved IDT? \_\_\_\_\_  
Proof of Birthdate:  Birth Certificate  Court Order  Hospital Record  Passport  Other \_\_\_\_\_

## ESCUELAS PUBLICAS DE COOS BAY INSCRIPCION PARA LA PREPARATORIA 2017-2018

Este formulario es un documento legal. La información que Ud. proporciona debe de ser certero y completo. Solo se pide información personal por el bienestar y seguridad de su alumno. Gracias de antemano por su cooperación.

### INFORMACION DEL ALUMNO *(en letra de molde y legible por favor)*

Distrito y Escuela Anterior: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿El alumno ha asistido una Escuela Pública de Coos Bay anteriormente?

Apellidos Legales: \_\_\_\_\_ Primer Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Segundo nombre legal: \_\_\_\_\_

Otros apellidos usados: \_\_\_\_\_ Otros nombres usados: \_\_\_\_\_ Otros segundos nombres usados: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del alumno : \_\_\_\_\_

### IDIOMAS

Cuando el alumno empezó a hablar, ¿cuál idioma aprendió primero? \_\_\_\_\_

¿Cuál idioma se usa más en la casa? \_\_\_\_\_

¿En cuál idioma prefiere Ud. recibir correo y cartas de la escuela? \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del alumno: \_\_\_\_\_

SEXO  Femenino  Masculino

Ciudad, Estado, y País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sí  No **Si el alumno nació fuera de los EEUU**, ¿ha asistido una escuela de los EEUU por menos de 3 años en total? Si no, ¿cuándo empezó a asistir la escuela en los EEUU?

Fecha \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_

### RAZA Y ETNICIDAD

Sí  No ¿Es su hijo hispano o latino?

Favor de marcar todos los que aplican a su alumno e indique el nombre del tribu si es indígena de los EEUU

Blanco  Asiático  Indígena Hawaiano u otro Isleño Pacifico

Negro o Afro Americano  Indígena de los EEUU o de Alaska – Nombre del tribu \_\_\_\_\_

Indígena no-Estadounidense (De América Latina o Canadá)  Desconocido/Sin especificar

### DIRECCION DEL ALUMNO

Número y calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección para correo (si no es lo mismo):

Número y calle o apartado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  No está en la guía Teléfono celular del alumno: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LOS PADRES/GUARDIANES LEGALES:** A menos que se presente documentos que muestran al contrario, los padres/guardianes legales tienen derechos de contacto, educación, custodia y correos.

<b>Custodia</b> Marque la(s) persona(s) con custodia LEGAL del alumno	<input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> Compartido (50/50)	<input type="checkbox"/> Solo el padre <input type="checkbox"/> Solo la madre <input type="checkbox"/> La hermana	<input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Madre/Padrastra <input type="checkbox"/> El hermano	<input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Servicios Sociales/hogar de crianza	<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Guardián	<input type="checkbox"/> Otro
<b>Vive con</b> Marque la(s) persona(s) con quien vive el alumno	<input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> Compartido (50/50)	<input type="checkbox"/> Solo el padre <input type="checkbox"/> Solo la madre <input type="checkbox"/> La hermana	<input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Madre/Padrastra <input type="checkbox"/> El hermano	<input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Servicios Sociales/hogar de crianza	<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Guardián	<input type="checkbox"/> Otro

**Solo para uso de la oficina:**  
 Copy of Court/Custody Order on file in the Main Office dated: \_\_\_\_\_  
 Copy of Restraining Order on file in the Main Office dated: \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián Legal 1**

Sí  No ¿Vive con el alumno?

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Dirección (si es distinto): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nº telefónico principal: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

Nº telefónico de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián Legal 2**

Sí  No ¿Vive con el alumno?

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Dirección (si es distinto): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nº telefónico principal: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

Nº telefónico de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián Legal 3**

Sí  No ¿Vive con el alumno?

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Dirección (si es distinto): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nº telefónico principal: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

Nº telefónico de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE CONTACTOS LOCALES EN CASO DE EMERGENCIA** En caso de una emergencia, llamamos a los padres/guardianes primero. Por eso, no necesita poner información de los padres aquí.

Apellido(s) del Contacto 1: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ relación al alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Sí  No Puede recoger al alumno Idioma que habla: \_\_\_\_\_

Apellido(s) del Contacto 2: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ relación al alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Sí  No Puede recoger al alumno Idioma que habla: \_\_\_\_\_

Apellido(s) del Contacto 3: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ relación al alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Sí  No Puede recoger al alumno Idioma que habla: \_\_\_\_\_

**HERMANOS:** Favor de poner todos los hermanos, medio hermanos y hermanastros que son alumnos *ACTUALMENTE* inscritos en una escuela de Coos Bay.

Nombre de hermano(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela actual: \_\_\_\_\_

Parentesco  Hermano  Hermana  Medio  Hermanastro(a)

Nombre de hermano(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela actual: \_\_\_\_\_

Parentesco  Hermano  Hermana  Medio  Hermanastro(a)

Nombre de hermano(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela actual: \_\_\_\_\_

Parentesco  Hermano  Hermana  Medio  Hermanastro(a)

#### ESTADO DEL ALUMNO

Marque todos los que aplican:  ELL  IEP  504  Educación Especial  Del Habla  TAG

¿Este alumno tiene necesidades especiales? En caso afirmativo, descríballo abajo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El alumno está actualmente suspendido?  No  Sí De: \_\_\_\_\_

¿El alumno está actualmente expulsado?  No  Sí De: \_\_\_\_\_

Nombre del oficial de libertad condicional/servicios juveniles (si se aplica) \_\_\_\_\_

Si el alumno está actualmente suspendido/expulsado, el alumno y un padre tendrán que reunirse con administradores para determinar si se puede inscribir ahora.

#### Autorizaciones – Favor de ver el reverso para una explicación de las autorizaciones.

**Liberación de Información** – Vea atrás para los detalles

##### Liberación de Foto y Foto/Entrevista

Denegar  No liberación de fotos

Denegar  Ninguna foto ni entrevista bajo ninguna circunstancias

Denegar  Ninguna foto ni entrevista por una agencia externa

##### Acceso al internet

Sí  No Mi hijo tiene permiso para usar tanto el internet como el correo electrónico.

##### Paseos afuera

Sí  No Mi hijo tiene permiso para participar en paseos cercanos, a menos que yo pida específicamente y por escrito que no participe en un paseo en particular.

##### SOLO PARA LA PREPARATORIA

Quiero denegar la liberación del nombre, dirección, y N° telefónico de mi hijo a los siguientes:

Denegar  Reclutadores de las Fuerzas Armadas

Denegar  Universidades y Colleges

##### Recursos Informativos

\_\_\_\_\_(iniciales) Por la presente reconozco que entiendo en donde encontrar La Guía Padre/Alumno del distrito y de la escuela y/o Las Normas de Asistencia y Disciplina y que me comprometo en leer y repasar los documentos con mi alumno.

Por medio de mi firma, aseguro que la información proporcionada aquí es completa y correcta. Entiendo que jurarse falsamente a una agencia pública es ilegal (ORS 162.075).

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, de la madre, o de un guardián legal

## 2016-2017 Autorizaciones/Permisos

Para noticias anuales del Directorio de Información, Archivos de los Estudiantes, Reclutamiento Militar y Protección de los Derechos Estudiantiles, favor de ver La Guía Para Padres Y Alumnos ubicada al [www.cbd9.net](http://www.cbd9.net) bajo Padres Y Comunidad, Políticas y Manuales.

Según la ley federal y la política de la escuela, el distrito escolar puede liberar lo siguiente al público, mediante procedimientos apropiados: El nombre del estudiante, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, la participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y estatura de miembros de equipos deportivos, grados, honores y premios recibidos, el campo principal de estudio, fechas de asistencia, la escuela que asistió más recientemente y los registros en vídeo de los estudiantes. Si usted no quiere que esta información sea dada, por favor comuníquese con su escuela para presentar una solicitud por escrito. Hay que rellenar esa solicitud cada año. (Negación De Publicidad Y Rechazo De Emisión De Información Al Directorio Escolar)

Frecuentemente, se usa fotos de alumnos para las páginas web de la escuela, el anuario, boletines, y otras publicaciones relacionadas con las escuelas. **Si usted prefiere que no se use ni se libere la foto de su hijo en estos casos o con los medios de comunicación, póngase en contacto con su escuela para entregar una solicitud escrita** (Negación De Publicidad Y Rechazo De Emisión De Información Al Directorio Escolar)

\*Muchas de nuestras escuelas u organizaciones de padres producen directorios que incluyen la información para contactar a los padres o tutores legales. **Si no quiere que salga la información de su familia en el directorio de la escuela, póngase en contacto con su escuela para entregar una solicitud escrita** (Negación De Publicidad Y Rechazo De Emisión De Información Al Directorio Escolar).

### TELÉFONO CELULAR DE ALUMNOS Solo para 4º a 12º grado

El uso de teléfonos por los alumnos durante el horario escolar es un privilegio que se puede revocar si se lo usa durante horas didácticas. Las reglas de uso varían según la escuela.

### ACCESO AL INTERNET

Como parte del ambiente educativo, todos los alumnos tienen acceso al internet y al correo electrónico del distrito. Si Ud. quiere que su alumno no tenga acceso al internet o al correo electrónico del distrito, favor de comunicarse con su escuela para entregar una denegación escrita. Un alumno puede perder acceso si no se conforma con el Acuerdo de Usuario Secundario de la Prepa que se encuentra en la Guía de Estudiantes/Padres.

### PASEOS AFUERA

Como alumno en el Distrito de Coos Bay, puede que su hijo vaya en un paseo fuera de la escuela. Un anuncio escrito con la fecha, hora y destino se le mandará antes del día del paseo a menos que sea un viaje corte a pie a un lugar cerca de la escuela. Si no quiere que su hijo participe en un paseo específico, Ud. tendrá que avisar por forma escrita que su hijo no va a asistir.

### SOLO PARA LA PREPARATORIA

La Ley "Que Ningún Niño se Quede Atrás del 2001" requiere que los distritos escolares entreguen, a pedido, los nombres, direcciones y números de teléfono de los de 11o y 12o grados a los reclutadores militares y a los colegios/universidades. Si no quiere que El Distrito Escolar se libere esta información a los militares o a los colegios/universidades, usted tiene la oportunidad de "optar por no participar." Para hacerlo, tiene que marcar "no" en una o ambas de las categorías de abajo.

### MATERIALES INFORMATIVAS

Las escuelas públicas de Coos Bay actualizan a la Guía de Padres/Estudiantes anualmente y han puesto una copia en el Internet al [www.cbd9.net](http://www.cbd9.net) bajo "Padres y la Comunidad," y en las páginas web de las escuelas. Durante registración, se le ofrece una copia impresa a cada padre de familia/tutor legal que no tiene acceso al Internet. La Guía de Padres/Estudiantes contiene información para usted y su estudiante con respecto a las pólizas del distrito, procedimientos y avisos legales. Es MUY importante que tomen el tiempo para leer esto y repasarlo con su hijo.



## Marshfield High School

10<sup>th</sup> & Ingersoll

Coos Bay, OR 97420

Phone (541) 267-1400 Fax (541) 269-0161

[www.marshfield.cbd9.net](http://www.marshfield.cbd9.net)

Travis Howard, Principal

## Departamento de Archivos

### SOLICITUD PARA TRANSFERIR LOS REGISTROS DE EDUCACIÓN ENTRE LAS ESCUELAS

Los estudiantes nombrados en la parte de abajo se han registrado en nuestro distrito escolar. Favor de mandar toda información escolar incluyendo los archivos académicos, archivos médicos, archivos de la educación especial y toda la información disponible que ustedes tengan a Marshfield High School, 10th & Ingersoll, Coos Bay, OR 97420

**Estudiante: Apellido, Primera Nombre** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Grado actual** \_\_\_\_\_

**Fecha de inscripción** \_\_\_\_\_

**Escuela Previa** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código** \_\_\_\_\_

#### **ORS 326.575 - (1) y (2)**

**Registros cuando el estudiante es trasferido o puesto en otro lugar, notificación a los padres: Enmienda de registros; reglas.**

(1) Dentro de 10 días desde que el estudiante se registra inicialmente a las escuelas públicas o privadas o cuando el estudiante es puesto en una institución estatal, mientras no sea una institución de educación posgraduadas, o agencia privada, sitio de detención o un centro de cuidado para la juventud, la escuela, institución, facilidad o centro debe notificar a las escuelas públicas o privadas o la institución, agencia, facilidad o centro en el cual el estudiante oficialmente estuvo matriculado. Y deben solicitar los registros de educación del estudiante.

(2) Expuesto a ORS 339.260, cualquiera escuela pública o privada, institución estatal, agencia privada, facilidad de detención o centro de cuidado para la juventud que está recibiendo la mencionada solicitud en la subdivisión (1) de esta sección debe transferir todos los registros educativos relacionados a cierto estudiante a la escuela que la solicita, institución. Agencia, facilidad o centro debe ser mandado dentro de los 10 días de que recibieron la solicitud. Los registros educativos deberían incluir cualesquiera registros educativos relacionados con el estudiante nombrado retenidos por el distrito de servicios educativo

Con esto, yo solicito que todos los registros educativos sean enviados a Las Escuelas Públicas de Coos Bay lo más pronto posible.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián o Firma del Estudiante Elegible.

\_\_\_\_\_  
Fecha





## Oregon Certificate of Immunization Status Oregon Health Authority, Immunization Program

Oregon law requires proof of immunization be provided or an exemption be signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Health Authority, Immunization Program and may be released to the Authority or the local public health department by the school or children's facility upon request of the Authority. Please list immunizations in the order they were received.

Child's Last Name <i>Apellido</i>	First <i>Primer Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
Mailing Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Codigo Postal</i>
Parents' or Guardians' Names <i>Nombre de los padres o guardian</i>		Home Telephone Number <i>Número de Teléfono</i>	

Complete for all Up-to-date Medical Non medical

Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP, Tdap, Td)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)
Booster Dose Tdap					
Polio (IPV or OPV)					
Varicella (Chickenpox) [VZV or VAR] <input type="checkbox"/> Check here if child has had chickenpox disease _____ (mm/dd/yy)					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>or</i> Measles vaccine only Mumps vaccine only Rubella vaccine only					
Hepatitis B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B (Hib) (Only children less than 5 years)					

**I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history.**

Signature\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<b>For school/facility use only</b>
School/facility Name
Student ID Number
Grade

\*Parent, guardian, student at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations received.

**Continued On Reverse Side**



# Oregon Certificate of Immunization Status, Page 2

## Oregon Health Authority, Immunization Program

Child's Last Name <i>Apellido</i>	First <i>Primer Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
--------------------------------------	-------------------------------	---	---

Recommended Vaccines	Recommended Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
	Pneumococcal (PCV) (Only in children less than 5 years)					
	Meningococcal (MCV4, MPSV4)					
	Human Papilloma Virus (HPV) (9 years or older)					
	Influenza (Flu)					
	Other Vaccine Please specify:					
	Other Vaccine Please specify:					

**For medical exemptions:**  
**Please submit a letter signed by a licensed physician stating:**

- Child's name
- Birth date
- Medical condition that contraindicates vaccine
- List of vaccines contraindicated
- Approximate time until condition resolves, if applicable
- Physician's signature and date
- Physician's contact information, including phone number

**For Immunity Documentation** (history of disease or positive titer): **Please submit a letter signed by a licensed physician stating:**

- Child's name and birth date
- Diagnosis or lab report
- Physician's signature and date

**Nonmedical Exemption:**  
 I have received information regarding the benefits and risks of immunizations. I understand that my child may be excluded from school or child care attendance if there is a case of disease that could be prevented by vaccine. I have attached the required document from (check one):

A health care practitioner  
 The vaccine educational module approved by the Oregon Health Authority

I understand that I may decline one or more vaccinations for my child and request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):

<input type="checkbox"/> Diphtheria/ Tetanus/Pertussis	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hepatitis A
<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Hib
<input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella	

---

Signature of Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Optional:**  
 ORS 433.267 states that this document may include the reason for declining the immunization. Immunization is being declined because of:

Religious belief     Philosophical belief     Other

I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history and exemption status.

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

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



Es importante que la escuela tenga información de salud de su niño/a que es de fecha.  
Gracias por tomar el tiempo para asegurarse que la información este de fecha.

**Las Escuelas Públicas de Coos Bay**  
**2017-2018**  
Información de Salud

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

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Esta información le ayudará al personal de la escuela a planear para las necesidades de salud de su niño/a.  
Esta información será disponible a las autoridades de la escuela, al doctor, y al departamento de salud.

1.  No hay problemas médicos en este momento.

2. Identifique los problemas actuales de salud o preocupaciones:

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desorden de ataques | <input type="checkbox"/> Problemas de Huesos o coyunturas | <input type="checkbox"/> Frecuente hemorragia nasal | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón              | <input type="checkbox"/> ADD                    | <input type="checkbox"/> ADHD (Deficiencia de desorden de atención) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Problemas con el oír             | <input type="checkbox"/> Desorden de sangre         | <input type="checkbox"/> Convulsiones cerebrales anteriores | <input type="checkbox"/> Problemas con la vista | ¿Lentes/Contactos?<br>Si No   |
| <input type="checkbox"/> Asma                | <input type="checkbox"/> ¿Actualmente usa inhalador?      | <input type="checkbox"/> En Casa                    | <input type="checkbox"/> En la Escuela                      |   |   |

Alergias de la lista: \_\_\_\_\_

Describe la reacción: \_\_\_\_\_

¿EpiPen recetado?            Sí        No

3. Nombre los medicamentos que toma regularmente:  En Casa \_\_\_\_\_  
 En la Escuela \_\_\_\_\_  
 ¿Necesitamos tener algún medicamento extra en la escuela? \_\_\_\_\_

3. Instrucciones especiales (limitaciones o restricciones-física, alimento, etc.) \_\_\_\_\_

\*Notificación de Alergia/Restricción de Comida: Si su hijo tiene una restricción alimentaria que no está auto-controlada (por los padres o el hijo), nuestro departamento de servicios de comida necesita una nota médica del doctor del alumno. Esta es por ley federal de servicios de alimentación. Consulte la enfermera de la escuela para detalles\*

4. ¿Historia de alguna enfermedad seria, herida o cirugía? \_\_\_\_\_

5. Marque si su hijo/a ha tenido lo siguiente:

Viruela	<input type="checkbox"/>	Año _____	Nacimiento prematuro	<input type="checkbox"/>	
Daño a la cabeza	<input type="checkbox"/>	Año _____	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Año _____
Desorden Inmune	<input type="checkbox"/>	Año _____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Año _____

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**En el evento de una emergencia** y después de que se haya hecho un esfuerzo razonable para comunicarse con los padres/guardianes, yo autorizo al personal de distrito escolar de Coos Bay, a cualquier médico cualificado o personal de emergencia médica, el transportar a mi hijo/a al centro más cercano de tratamiento de emergencia para que se le dé cuidado médico razonable y necesario.

Yo entiendo que la responsabilidad por todos los gastos médicos que ocurren será la responsabilidad de los padres/guardianes y el Distrito Escolar de Coos Bay **No** va a ser responsable o perjudicado.

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Escuelas Públicas de Coos Bay

---

## 2017-2018 ACUERDO DE AUTO-MEDICACION Grados 8-12

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

A los alumnos con el comportamiento y desarrollo adecuado, se los permitirá administrarse los medicamentos de receta, y los que no requieren receta, según lo siguiente:

1. Hay que presentar este formulario para toda la automedicación de medicamentos de receta
  - A. Automedicación de medicamentos de receta requiere permiso del padre, del administrador escolar, y del doctor. La etiqueta del frasco representa la orden del doctor.
2. Hay que guardar todos los medicamentos de receta en su frasco original con la etiqueta apropiada:
  - A. Etiquetas de receta deben de especificar el nombre del alumno, nombre del medicamento, la dosis, el método de administración, la frecuencia u hora de administración y cualquier otra indicación especial. La autorización del doctor tiene que aparecer en la etiqueta o en el formulario de autorización de medicamentos.
3. El alumno solo puede tener en su posesión la cantidad del medicamento necesaria para ese día escolar.
4. Se prohíbe estrictamente compartir o prestar medicamentos con otros alumnos.
5. Se puede revocar permiso para que el alumno se administre los medicamentos si el alumno viola la política del distrito acerca de la administración de los medicamentos no-inyectables y/o estas reglas.

**Yo he leído y estoy de acuerdo con los criterios de arriba, y doy mi permiso para que mi hijo lleve los medicamentos siguientes**

**Haga una lista de los medicamentos de receta que su hijo se administra diariamente en la escuela.**

---

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE/LA MADRE/TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**Me comprometo en cumplir con los criterios de arriba:**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ALUMNO/LA ALUMNA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**Este alumno puede llevar y administrarse este medicamento según la receta:**

\_\_\_\_\_  
**ADMINISTRADOR ESCOLAR/ENFERMERO**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**U.S. Department of Education  
Office of Indian Education  
Washington, DC 20202  
TITLE VI ED 506 INDIAN STUDENT ELIGIBILITY CERTIFICATION FORM**

**Parent/Guardian:** This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count. You are not required to complete or submit this form. However, if you choose not to submit a form, your child cannot be counted for funding under the program. **This form should be kept on file and will not need to be completed every year.** Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

**STUDENT INFORMATION**

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

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

**TRIBAL ENROLLMENT**

Name of the individual with tribal enrollment: \_\_\_\_\_  
(Individual named must be a descendent in the first or second generation)

The individual with tribal membership is the: \_\_\_\_\_ Child \_\_\_\_\_ Child's Parent \_\_\_\_\_ Child's Grandparent

Name of tribe or band for which individual above claims membership: \_\_\_\_\_

The Tribe or Band is (select only one):

- \_\_\_\_\_ Federally Recognized
- \_\_\_\_\_ State Recognized
- \_\_\_\_\_ Terminated Tribe (Documentation required. Must attach to form)
- \_\_\_\_\_ 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. (Documentation required. Must attach to form)

Proof of enrollment in tribe or band listed above, as defined by tribe or band is:

A. Membership or enrollment number (if readily available) \_\_\_\_\_ OR

B. Other Evidence of Membership in the tribe listed above (describe and attach) \_\_\_\_\_

Name and address of tribe or band maintaining enrollment data for the individual listed above:

Name \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

**ATTESTATION STATEMENT**

I verify that the information provided above is accurate.

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

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Email Address \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS FOR THE ED 506 FORM

### FOR APPLICANTS:

**PURPOSE:** To comply with the requirements in 20 USC 7427(a), which provides that: "The Secretary shall require that, as part of an application for a grant under this subpart, each applicant shall maintain a file, with respect to each Indian child for whom the local educational agency provides a free public education, that contains a form that sets forth information establishing the status of the child as an Indian child eligible for assistance under this subpart, and that otherwise meets the requirements of subsection (b)".

**MAINTENANCE:** A separate ED 506 form is required for each Indian child that was enrolled during the count period. A new ED 506 form does **NOT** have to be completed each year. All documentation must be maintained in a manner that allows the LEA to be able to discern, for any given year, which students were enrolled in the LEA's school(s) and counted during the count period indicated in the application.

### FOR PARENTS/GUARDIANS:

**DEFINITION:** Indian means an individual who is (1) A member of an Indian tribe or band, as membership is defined by the Indian tribe or band, including any tribe or band terminated since 1940, and any tribe or band recognized by the State in which the tribe or band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, 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 on October 19, 1994.

**STUDENT INFORMATION:** Write the name of the child, date of birth and school name and grade level.

**TRIBAL ENROLLMENT INFORMATION:** Write the name of the individual with the tribal membership. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one name: either the child, child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name of the tribe or band of Indians to which the child claims membership. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally-recognized tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the tribe. Check only one box indicated whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. If Terminated Tribe or Organized Indian Group is elected, additional documentation is required and must be attached to this form.

- **Federally Recognized-** an American Indian or Alaska Native tribal entity limited to those indigenous to the U.S. The Department of Interior maintains a list of federally-recognized tribes, which OIE can provide you upon request.
- **State Recognized-** an American Indian or Alaska Native tribal entity that has recognized status by a State. The U.S. Department of Education does not maintain a master list. It is recommended that you use official state websites only.
- **Terminated Tribe-**a tribal entity that once had a federally recognized status from the United States Department of Interior and had that designation terminated.
- **Organized Indian Group-** 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.

Write the enrollment number establishing the membership of the child, if readily available, or other evidence of membership. If the child is not a member of the tribe and the child's eligibility is through a parent or grandparent, either write the enrollment number of the parent or grandparent, or provide other proof of membership. Some examples of other proof of membership may include: affidavit from tribe, CDIB card or birth certificate. Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such tribe or band of Indians.

**ATTESTATION STATEMENT:** Provide the name, address and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

The Department of Education will safeguard personal privacy in its collection, maintenance, use and dissemination of information about individuals and make such information available to the individual in accordance with the requirements of the Privacy Act.

**PAPERWORK BURDEN STATEMENT** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W203, Washington, D.C. 20202-6335. OMB Number: 1810-0021 Expiration Date: 07/31/2019.

# Solo para Padres/Tutores Legales de Servicio Militar Activo

Nombre del Alumno

Escuela

Querido Padre/Tutor Legal,

A partir del año escolar 2017-2018, el gobierno federal está pidiendo a los distritos escolares que identifiquen a los alumnos con un padre/padres o tutor(es) legal(es) que son miembros de servicio activo en las Fuerzas Armadas o de tiempo completo en la Guardia Nacional.

## Esto incluye:

- Los alumnos viviendo con un tutor temporal mientras uno o ambos padres están desplegados.
- Alumnos con un padre/padres o tutor(es) legal(es) que son:
  - De tiempo completo en el Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marines, la Guardia Costera o servicio de entrenamiento
  - Alumnos de una escuela designada como institución de servicio, mientras están en servicio militar activo
  - Miembros de tiempo completo en la Guardia Nacional
  - Miembros de las Reservas de Servicio Activo (miembros de las reservas que han sido llamado a servicio activo por una duración de por lo menos 180 días consecutivos)
  - Técnicos Militares de Estado Doble

## No incluye:

- **Alumnos con un padre/padres o tutor(es) legal(es) que son:**
  - Miembros de otros servicios uniformados, tales como los cuerpos comisionados de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica y los cuerpos comisionados del Servicio de Salud Pública
  - Ex miembros de servicio jubilados o dados de baja
  - Miembros de tiempo parcial de la Guardia Nacional que no están desplegados
  - Miembros de las Reservas que no han participado en servicio activo
  - Empleados civiles del Departamento de Defensa
- Alumnos con un pariente en las fuerzas armadas que no sea un padre o tutor legal del alumno

**Favor de anotar en la lista abajo los nombres del padre/los padres o tutor(es) legal(es) que son miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas o que están en la Guardia Nacional tiempo completo.**

Nombre

Parentesco al alumno

Nombre

Parentesco al alumno

Nombre

Parentesco al alumno

**Por medio de mi firma abajo, declaro que la información proporcionada aquí es correcta y completa. Entiendo que es ilegal jurar en falso a una agencia pública. (ORS 162.075).**

Firma de un padre/tutor legal

Fecha



# Cuestionario de Vivienda de Estudiantes 2017-2018

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido(s)

ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ FEC.NAC.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
MES DIA AÑO

## OTROS NINOS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Las respuestas a las preguntas siguientes pueden ayudar a determinar los servicios por los cuales el alumno puede ser elegible bajo el acto McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435.

- 1.) ¿La dirección de hogar de este alumno es un arreglo temporal que no sea alquiler?  Sí  No
- 2.) ¿Este es un arreglo de vivienda debido a la pérdida de hogar o dificultad económica?  Sí  No
- 3.) ¿El alumno está en un hogar de crianza temporal o esperando tal hogar?  Sí  No
- 4.) Como alumno, ¿estás viviendo con alguien que no sea tu padre o tutor legal?  Sí  No

Si Ud. contestó Sí a cualquier pregunta de arriba, favor de rellenar el resto de este formulario.

Si Ud. contestó NO a todas las preguntas de arriba, favor de detenerse aquí.

## ¿Dónde vive el alumno actualmente? (marque la casilla)

- En un hotel  Vivienda Transitoria (a través de una agencia comunitaria)
- En un albergue  "Esperando" hogar de crianza temporal
- Con más de una familia en una casa o departamento  En una autocaravana, trailer u otra casa rodante
- Mudándose de un lugar a otro
- En un lugar no designado para dormir, tal como un carro, un parque o un campamento.

DIRECCION DE DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_

(O)

NOMBRE DE HOTEL/ALBERGUE DE RESIDENCIA ACTUAL: \_\_\_\_\_

(O)

NOMBRE DE "AREA GENERAL" DE LA RESIDENCIA ACTUAL: \_\_\_\_\_

Nº DE TELÉFONO O DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL CONTACTO: \_\_\_\_\_

Escribe el/los nombre(s) de padre(s)/tutor(es) legal(es): \_\_\_\_\_

(O de menor sin tutor)

Firma de padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(O de menor sin tutor)





**SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2017-2018 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO**

**AVISO:**

- Si ha recibido una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATIS del distrito escolar, **no** complete esta solicitud.
- Vea las **Instrucciones para completar la solicitud** al dorso de este formulario.

**1 INFORMACIÓN DEL HOGAR** Nombre de la persona que completa esta solicitud (**Apellido, Primer nombre**)

Nombre Escriba

Dirección postal – Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

➔ Número de integrantes del hogar \_\_\_\_\_  
(Escriba los nombres de **todos** los integrantes del hogar en las partes 2 y/o 4 de este formulario)

**2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES**

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado (Opcional)	Fecha de nacimiento (Opcional)	Comprobar si los niños de crianza temporal
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**3 BENEFICIOS** Si algún miembro del hogar recibe SNAP o TANF, dé el nombre y número de caso del miembro que recibe los beneficios.

Nombre \_\_\_\_\_  SNAP Número de caso \_\_\_\_\_ Siga abajo en la Parte 5  
 TANF \_\_\_\_\_

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas)  Sí

**4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL BRUTO – si no es mensual, vea las conversiones al dorso**

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6
Liste <b>todos</b> los miembros del hogar, incluidos niños, que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes listados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (Apellido, Primer nombre)	Ingreso mensual (Ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	Manutención infantil, Asistencia social, Pensión alimenticia Recibidas por mes	Mensual pensiones, Retiro del Seguro Social por mes	Otro Ingreso mensual – Incluido Seguro de desempleo Y Compensación laboral	Marque si no hay ingreso
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**5 FIRMA, FECHA Y últimos cuatro números del NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Un adulto debe firmar)**

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he informado todos los ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que si doy información deliberadamente falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se me puede procesar.

Firma de un miembro adulto del hogar X \_\_\_\_\_ Firmado en \_\_\_\_\_ Mes/día/año  
Número de Seguro Social \* (Ver declaración de privacidad al dorso) XXX-XX-\_\_\_\_\_  
 No tengo número de Seguro Social

**6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)**

Marque una identidad étnica:  
 Hispano o latino  
 No hispano ni latino

Marque una o más identidades raciales:  
 Asiático  
 Indio americano y nativo de Alaska  
 Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

Negro o afroamericano  
 Blanco, no de origen hispano  
 Otra

Prefiero recibir toda la correspondencia en  Español  Ruso  Otro \_\_\_\_\_

**7 No deseo que mi información se comparta con el programa de seguro de salud de niños del Estado** Firme aquí: \_\_\_\_\_

Tengo un hijo (o hijos) que no tienen ningún tipo de cobertura de salud – ni de seguro de salud privado ni de Oregon Health Plan / Healthy Kids. Estoy interesado en libre o reducción del coste de la cobertura de salud para al menos uno de mis hijos.  Sí  No

**SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

Total Income: \_\_\_\_\_ Number in household: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Free based on:  
 SNAP/TANF/FDPIR  
 Foster child categorical  
 household income

Reduced based on:  
 household income

Denied – Reason:  
 income too high  
 incomplete application

Determining Official's Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2, 3 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si no recibe estos beneficios y su **ingreso** se encuentra por debajo de las pautas, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si en su hogar hay un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales. Los campos con respecto a los ingresos que se dejan en blanco serán contados como cero. Si deja estos espacios en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.

### CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Parte 4 de esta solicitud debe informarse el **ingreso mensual** de todos los miembros del hogar. El término ingreso significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, retiros, seguro social o cualquier otra fuente. Excluya préstamos estudiantiles/escolares.

Los miembros del hogar que no cobran mensualmente deben convertir los ingresos a ingresos mensuales de la siguiente manera:

**Miembros del hogar que cobran cada semana:** Multiplique por 52 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que cobran cada 2 semanas:** Multiplique por 26 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que son trabajadores de temporada o que trabajan menos de 12 meses:** Proyecte el porcentaje de ingreso anual de ingreso para representar correctamente las circunstancias presentes y luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual proyectado.

Nota: El dinero que recibe de un negocio o una granja que es de su propiedad se debe informar como "ingreso neto". *El ingreso neto se define como el ingreso total que queda después de sustraer los gastos para operar el negocio o la granja de los recibos brutos.*

### PAUTAS FEDERALES PARA INGRESO

Sus hijos pueden calificar al menos para comidas a precio reducido si el ingreso de su hogar cae dentro de los límites de esta tabla.

Tamaño del hogar	Comidas a precio reducido				
	Anual	Mensualmente	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
-1-	22,311	1,860	930	859	430
-2-	30,044	2,504	1,252	1,156	578
-3-	37,777	3,149	1,575	1,453	727
-4-	45,510	3,793	1,897	1,751	876
-5-	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
-6-	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
-7-	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
-8-	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
Para cada miembro adicional de la familia añadir	7,733	645	323	298	149

### DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. **Podemos compartir su información de elegibilidad** con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas. Podemos compartir la información de este formulario con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud de Niños del Estado (SCHIP), a menos que usted nos diga que no lo hagamos. La información, si se revela, se utilizará para identificar niños elegibles y tratar de inscribirlos en Medicaid o SCHIP.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: 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](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## Coos Bay School District

Estimado Padre de Familia/Encargado:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **Coos Bay School District** ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta \$2.40 - \$2.90. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El Precio reducido está todavía por determinarse.

1. **¿Debo completar una solicitud si este año escolar recibí una carta en la que me dicen que mis hijos están aprobados para recibir comidas gratis?** Lea la carta que recibió detenidamente y siga las instrucciones. Si no recibió una carta para cada uno de los niños de su hogar, entonces debe completar una solicitud listando a todos los miembros de su hogar. Llame a Jessica Lovgren at 541-267-1305 si tiene preguntas.
2. **¿Es necesario llenar una solicitud para cada niño?** No. Complete la forma para solicitar comidas gratis o a precio reducido. Use una solicitud para comidas gratis o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. Asegúrese de llenar la solicitud con toda la información requerida ya que no podemos aprobar solicitudes incompletas. **Devuelva la solicitud completa a: Jessica Lovegren, 1255 Hemlock Ave., Coos Bay, OR 97420.**
3. **¿Quién puede recibir comidas gratis?** Niños en hogares que reciben SNAP\* o TANF y la mayoría de los menores bajo la supervisión de servicios sociales pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, sus niños pueden recibir comidas gratis.
4. **¿Pueden los niños bajo tutela temporaria recibir comidas gratis?** Sí, los niños bajo tutela temporaria que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de tutela temporaria o tribunal pueden recibir comidas gratis. Todos los niños bajo tutela temporaria del hogar pueden recibir comidas gratis independientemente del ingreso.
5. **¿Pueden los niños sin hogar, niños que han abandonado su hogar y niños emigrantes recibir comidas gratis?** Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor comuníquese con **Melinda Torres at 541-267-1485** para verificar si sus hijos califican.
6. **¿Quién puede recibir comidas a precio reducido?** Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos mostrada en esta solicitud.
7. **Si mi hijo es elegible para recibir beneficios de comidas gratis o a precio reducido, ¿cuándo comenzarán los beneficios?** Los beneficios de comidas para las solicitudes nuevas no pueden comenzar hasta que se apruebe la solicitud. Haga que su hijo lleve almuerzo o déle dinero para comprar uno hasta que reciba notificación de que se ha aprobado la solicitud.
8. **Recibo WIC. ¿Puede(n) mi(s) hijo(s) obtener comidas gratis?** Esto sólo se puede determinar completando y presentando la solicitud para beneficios de comidas que se adjunta. Sírvase completar una solicitud.
9. **Mis hijos reciben beneficios del Plan de Salud de Oregon. ¿Pueden obtener comidas gratis?** Esto sólo se puede determinar completando y presentando la solicitud para beneficios de comidas que se adjunta. Sírvase completar una solicitud.
10. **¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe prueba escrita de la información provista.
11. **Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir SNAP\* o TANF. Si usted pierde su trabajo, sus niños podrían recibir comidas gratis o a precio reducido durante el tiempo que usted esté sin empleo.
12. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted deberá hablar con los oficiales de la escuela. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **Candace McGowne, 1255 Hemlock Ave., Coos Bay, OR 97420 541-267-1317.**
13. **¿Puedo solicitar aunque alguien en mi hogar no sea ciudadano americano?** Sí. Ni usted ni sus niños necesitan ser ciudadanos americanos para recibir comidas gratis o a precio reducido. **Su información no será utilizada para fines de averiguaciones migratorias.**
14. **¿A quienes tengo que incluir como miembros de mi familia?** Usted debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar aunque no sean parientes suyos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos). Usted también debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. Se puede incluir a los niños bajo tutela temporaria como miembros de la familia. Si usted vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas a quienes no mantiene, que no comparten ingresos con usted o sus hijos y que pagan una parte prorrateada de los gastos), no las incluya.
15. **¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual?** Anote la cantidad que usted recibe regularmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que usted recibe \$1000 al mes. Si usted generalmente cobra por horas extras de trabajo incluya esa cantidad, pero no es necesario incluirla si solo trabaja horas extras a veces.
16. **Estamos en las Fuerzas Armadas, ¿incluimos nuestro subsidio para vivienda?** Si recibe un subsidio para vivienda fuera de la base, debe contarlo como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte del la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares (Military Housing Privatization Initiative) no incluya el subsidio para vivienda como ingreso.
17. **Mi cónyuge ha sido enviado a una zona de combate. ¿Se cuenta la paga de combate como ingreso?** La paga de combate está excluida si se recibe en adición a la paga básica de miembro en servicio; se recibe como resultado del envío del miembro a la zona de combate; y no se recibía antes del envío a la zona de combate.
18. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas en los que podamos participar?** Para saber cómo solicitar el u otros beneficios de asistencia, comuníquese con la oficina de asistencia local, Text "FOOD" to 877877, 1-866-348-6479 (1-866-3-HUNGRY), [www.Summerfoodoregon.org](http://www.Summerfoodoregon.org)

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al: 541-267-1305.

Sinceramente,  
Coos Bay School District

## INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR BENEFICIOS

**Para beneficios de SNAP (Programa de Asistencia de Suplementaria) U hogares con TANF, haga lo siguiente:**

**Parte 1:** Complete la información de las personas que viven en su hogar

**Parte 2:** Liste el nombre, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporaria en la familia.

**Parte 3:** Dé el nombre de la persona en el hogar que tiene beneficios y su número de caso beneficios (SNAP) (A11-11-1111) o TANF (AA1111 o AAA111).

**Parte 4:** Saltee esta parte.

**Parte 5:** Firme el formulario. No es necesario dar un Número de Seguro Social.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Si está haciendo una solicitud para un NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA, siga estas instrucciones:**

**Use una solicitud separada para cada niño bajo tutela temporaria**

**Parte 1:** Complete la información de las personas que viven en su hogar.

**Parte 2:** Liste el nombre, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporaria en la familia.

**Parte 3:** Saltee esta parte

**Parte 4:** Saltee esta parte.

**Parte 5:** Firme el formulario. No es necesario dar un Número de Seguro Social.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si lo desea.

Q Complete una solicitud del hogar para todo el hogar, incluido el niño bajo tutela temporaria, siguiendo las instrucciones para "Todos los otros hogares"

**TODAS LOS OTROS HOGARES, incluidos aquellos que reciben WIC, sigan estas instrucciones:**

**Parte 1:** Complete la información de las personas que viven en su hogar.

**Parte 2:** Liste el nombre, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque si es un niño bajo tutela temporaria.

**Parte 3:** Saltee esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar del mes pasado.

**Columna 1 – Nombre:** Liste el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar, emparentada o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Inclúyase a sí mismo, a los niños que viven con usted pero que no asisten a la escuela y a los niños que están en la escuela que reciben un ingreso regular. No vuelva a listar a los niños que ya figuran en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. Adjunte otra hoja si es necesario.

**Columna 2 – Ingreso bruto mensual** Al lado del nombre de cada persona, liste cada tipo de ingreso recibido el mes pasado. Por ejemplo, *Ingreso Mensual* Liste el **ingreso bruto** que ganó cada persona en el trabajo. Esto no es lo mismo que la paga que se lleva a la casa. **El ingreso bruto es la cifra ganada antes de impuestos y otras deducciones.** La cifra debe estar listada en su talón de pago o se la puede decir su jefe. Si su ingreso se paga semanalmente, cada 2 semanas o dos veces al mes, siga las instrucciones al dorso de la solicitud. **Columna 3** – Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de asistencia social, manutención infantil y pensión alimenticia.

**Columna 4** – Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de pensiones, retiro y Seguro Social. **Columna 5** - Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de compensación laboral, seguro de desempleo, beneficios de huelga, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (Beneficios VA), beneficios por discapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa y CUALQUIER OTRO INGRESO.

Informe el ingreso neto de negocios o granjas propios o ingresos por renta. Al lado de la cifra, escriba la frecuencia con que la persona obtuvo ese ingreso. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de Vivienda no incluya este complemento para vivienda.

**Parte 5:** Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y listar los últimos cuatro (4) números de su Número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si lo desea.