

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

| Sólo para uso de oficina (Office Use Only) | |
|---|-----------------------------------|
| 1. School Name: | 4. Student Entry Grade Level: |
| 2. Location Code: | 5. LAUSD/State Student ID Number: |
| 3. Enrollment Date/Code: | |

Instrucciones: Favor de escribir en letra de molde, con tinta negra o azul. Si tiene alguna pregunta, pida ayuda por favor. Padres/tutores/personas a cargo de menores: Si no puede completar toda la información del Formulario de Inscripción Estudiantil, su hijo/a seguirá inscrito en la escuela. El Distrito no requiere de los números del Seguro Social ni la información del estado migratorio para inscribir a los estudiantes en la escuela.

A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

| | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--|
| Nombre legal: | | | | | | |
| Apellido | | Nombre | | | Segundo nombre | |
| Nombre Preferido: | | | | | | |
| Apellido | | Nombre | | | Segundo nombre | |
| Domicilio: | | | | | | |
| Número | Calle | Apt/Unidad | Ciudad | Código Postal | Número de teléfono del hogar | |
| Sexo Legal: (Seleccione uno) | <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino | Género: (Seleccione uno) | <input type="checkbox"/> Masculino | Fecha de nacimiento | |
| | <input type="checkbox"/> No binario | | | <input type="checkbox"/> Femenino | ____/____/____ | |
| | <input type="checkbox"/> Intersexual | | | <input type="checkbox"/> No binario | <i>Més/Día/Año</i> | |

B. PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

| | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------|
| Nombre legal: | | | | |
| Apellido | | Nombre | | Segundo nombre |
| Nombre Preferido (Si corresponde): | | | | |
| Número de teléfono-hogar | Número de teléfono-celular | Número de teléfono-trabajo | Dirección de correo electrónico | |

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

Inglés
 Español
 Armenio
 Mandarín
 Cantonés
 Farsi
 Coreano
 Ruso
 Vietnamita
 Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

No se graduó de la secundaria
 Graduado de la escuela preparatoria o equivalente
 Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario
 Estudios de posgrado / Doctorado
 Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

| | | | | |
|--------|-------|------------|--------|---------------|
| Número | Calle | Apt/Unidad | Ciudad | Código Postal |
|--------|-------|------------|--------|---------------|

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

| | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------|
| Nombre legal: | | | | |
| Apellido | | Nombre | | Segundo nombre |
| Nombre preferido (Si corresponde): | | | | |
| Número de teléfono-hogar | Número de teléfono-celular | Número de teléfono-trabajo | Dirección de correo electrónico | |

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- No se graduó de la secundaria Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:

Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre preferido (Si corresponde):

Número de teléfono-hogar Número de teléfono-celular Número de teléfono-trabajo Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- No se graduó de la secundaria Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:

Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre preferido (Si corresponde):

Número de teléfono-hogar Número de teléfono-celular Número de teléfono-trabajo Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- No se graduó de la secundaria Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

| C. IDIOMA DEL HOGAR E INFORMACION ÉTNICA | | | |
|--|----------------------|--|---------------------------------|
| Idioma natal del alumno | | | |
| ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? | | | |
| ¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en casa? | | | |
| ¿Qué idioma usa usted (los padres o tutores) con más frecuencia para hablar con su hijo? | | | |
| ¿Qué idioma hablan más a menudo los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto) | | | |
| ¿Ha recibido este estudiante alguna instrucción formal del idioma Inglés? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Origen étnico principal del estudiante | | | |
| ¿Es la etnia del estudiante hispana o latina? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Raza principal del estudiante (marcar uno) | | | |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro | | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco |
| Asiático: | | <input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático: | |
| Isleño del Pacífico: | | <input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico: | |
| <input type="checkbox"/> Se niega a declarar | | | |
| Raza adicional del estudiante (opcional) | | | |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro | | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco |
| Asiático: | | <input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático: | |
| Isleño del Pacífico: | | <input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico: | |
| <input type="checkbox"/> Se niega a declarar | | | |
| D. INFORMACIÓN EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE | | | |
| Servicios especiales | | Marque una por cada pregunta | |
| ¿Recibió este estudiante servicios de educación especial en su escuela anterior? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tuvo este estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) vigente en la escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del IEP? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tuvo el estudiante un Plan de la Sección 504 en su escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del Plan de la Sección 504? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene el estudiante dificultades que interfieren con su capacidad para ir a la escuela o para aprender? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Se identificó al estudiante para los servicios de Educación para Dotados y Talentosos (GATE)? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Escuelas anteriores | | | |
| ¿Ha asistido el estudiante a esta escuela anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | En caso afirmativo, cuándo: | |
| ¿Ha asistido anteriormente este estudiante a alguna otra escuela o centro del LAUSD (por ejemplo, centro de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar)? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| En caso afirmativo, mencione la escuela/el centro de LAUSD al que asistió más recientemente: | | | |
| | | | |
| <i>Nombre de la escuela</i> | <i>Ciudad/Estado</i> | <i>Fechas de Asistencia (mes/año)</i> | <i>Nivel(es) de grado(s)</i> |
| Indique la última escuela que no pertenece al LAUSD a la que asistió el estudiante (incluyendo centros de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar): | | | |
| | | | |
| <i>Nombre de la escuela</i> | <i>Ciudad/Estado</i> | <i>Fechas de Asistencia (mes/año)</i> | <i>Nivel(es) de grado(s)</i> |
| ¿Está este estudiante actualmente bajo una orden de expulsión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | En caso afirmativo, proporcione el nombre del distrito escolar: | |

Información adicional del estudiante

¿Hay alguna orden judicial con respecto a la tutela legal, custodia física, derechos educativos, o contacto restringido con este niño? Sí No
En caso afirmativo se debe proporcionar una copia de la orden judicial a la escuela.

¿Tiene el estudiante algún pariente que sea todo o parte indio americano o nativo de Alaska? *(Por favor, complete el Cuestionario de la Carta para Indios Americanos – Americanos de Alaska)* Sí No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa para Indios Americanos – Americanos de Alaska y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

¿Ha trabajado el padre o el tutor legal del estudiante en una o más de las siguientes industrias en los últimos tres años (agricultura, lácteos, pesca, ganado, o procesamiento/ embalaje de alimentos)? *(Por favor complete el Cuestionario de Trabajo Familiar del Programa de Educación para Migrantes)* Sí No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa de Educación para Migrantes y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

E. HIJOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN EL HOGAR CON LOS MISMOS PADRES/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR) (incluye hermanos, hermanas, primos)

| | | |
|------------------------------|--|-------------------------|
| 1. _____ Apellido, Nombre | _____/_____/_____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año) | _____ Escuela Actual |
| 2. _____ Apellido, Nombre | _____/_____/_____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año) | _____ Escuela Actual |
| 3. _____ Apellido, Nombre | _____/_____/_____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año) | _____ Escuela Actual |
| 4. _____ Apellido, Nombre | _____/_____/_____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año) | _____ Escuela Actual |
| 5. _____ Apellido, Nombre | _____/_____/_____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año) | _____ Escuela Actual |

F. CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES/PERSONAS A CARGO DEL MENOR)

1. Nombre legal:

| | | |
|----------|--------|----------------|
| Apellido | Nombre | Segundo nombre |
|----------|--------|----------------|

Domicilio:

| | | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------|
| Número | Calle | Apartamento/Unidad | Ciudad | Código postal |
| Número de teléfono-hogar | Número de teléfono-celular | Número de teléfono-trabajo | Dirección de correo electrónico | |

2. Nombre legal:

| | | |
|----------|--------|----------------|
| Apellido | Nombre | Segundo nombre |
|----------|--------|----------------|

Domicilio:

| | | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------|
| Número | Calle | Apartamento/Unidad | Ciudad | Código postal |
| Número de teléfono-hogar | Número de teléfono-celular | Número de teléfono-trabajo | Dirección de correo electrónico | |

Firma

Verifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

X _____
Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el estudiante



CUESTIONARIO DE VIVIENDA ESTUDIANTIL (SHQ)

El Acta de Asistencia Educativa McKinney-Vento para Estudiantes sin hogar, es parte de la ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA por sus siglas en Ingles), les da el derecho a todos los niños en edad escolar; que se encuentran sin hogar, a tener acceso a la misma educación pública, gratuita y apropiada que se proporciona a los estudiantes que si tienen hogar. Las escuelas tienen la obligación de facilitar la inscripción, asistencia y éxito académico de los estudiantes que se encuentran sin hogar. Para determinar elegibilidad, por favor complete este cuestionario. Para obtener información adicional, comuníquese a la oficina de Educación para Estudiantes sin Hogar llamando al (213) 202-7581.

| | | | |
|---|--------------------------|----------------------|----------------|
| Nombre del Estudiante: | Apellido del Estudiante: | Fecha de Nacimiento: | Género: |
| Escuela: | Sitio: | Distrito Local: | Grado: |
| Dirección: | # de Apto.: | Ciudad: | Código Postal: |
| Nombre del padre/guardián: | Número de contacto: | | |
| Marque todo lo que aplique (✓) El estudiante: <input type="checkbox"/> es un padre adolescente? <input type="checkbox"/> es un joven no acompañado por adultos? <input type="checkbox"/> ha huido de su hogar sin permiso? | | | |
| ¿Cambió de escuelas el estudiante; en cualquier momento, después de haber completado el segundo año de la escuela secundaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si indica que sí, proporcione una copia de este cuestionario al consejero académico de la escuela para revisar elegibilidad de AB1806. | | | |

¿Está el estudiante actualmente viviendo en una de las opciones listadas abajo?



Sí No



Si usted contestó "NO" a esta pregunta, por favor pare y firme abajo. Si respondió "Sí", complete el resto del cuestionario.

MARQUE (✓) LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA LA SITUACIÓN ACTUAL DE DONDE PASA LA NOCHE DEBIDO A LA PERDIDA DE VIVIENDA

| | |
|---|---|
| Refugio (ej. sin hogar, violencia doméstica, etc.) Nombre: | Motel/Hotel Nombre: |
| Garaje (sin acomodaciones) | Automóvil, Casa móvil (no fija), Tráiler o lugar de campamento |
| Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia | Temporalmente con un adulto que no es el padre, la madre o el tutor legal |
| Programa de vivienda transicional Nombre: | Tráiler/casa rodante (fija) en propiedad privada |
| Otros lugares <u>NO</u> designados o generalmente no utilizados como una vivienda adecuada para seres humanos? Explique: | |

¿Necesita el Estudiante servicios? SI NO
por favor marque los servicios que solicita (Si contesto "SI")

Mochilas/Materiales escolares Artículos de higiene personal Asistencia de transporte*

*Si usted está solicitando asistencia de transporte, por favor lea y firme la declaración jurada a continuación:

Necesito asistencia de LAUSD, ya que no tengo otra manera de llevar a mi hijo(a) a la escuela. Acepto hacer que mi hijo(a) asista a la escuela todos los días puntualmente. También acepto notificar al Distrito si nuestra situación cambia o si ya no necesitamos esta asistencia. Entiendo que mi hijo(a) debe cumplir con los requisitos pertinentes para recibir asistencia de transportación; y que debo cumplir con los requisitos de confirmar mi supervisión por escrito.

Se notificará a el Enlace Escolar para Personas sin Hogar el resultado de la petición. Si la petición de transporte es negada, los Padres/Guardianes puede apelar la decisión. Iniciales de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

¿Necesita el estudiante servicios adicionales? SI NO
Si indico que "sí, por favor marque los servicios que necesita

ropa, zapatos, uniformes tutoría académica referencias a organizaciones de vivienda asistencia a padres adolescentes

El Enlace Escolar para Personas sin Hogar debe tener una conferencia con la familia para facilitar referencias a estos servicios.

El Enlace Escolar para Personas sin Hogar en su escuela es:

| | | | |
|--------|-------|----------|--------------------|
| Nombre | Cargo | Teléfono | Correo electrónico |
|--------|-------|----------|--------------------|

Tiene otros niños(as) en edad preescolar o en edad escolar en el hogar? Sí No

Si contestó "Sí", por favor complete un cuestionario adicional. Cada estudiante debe tener un cuestionario archivado en la escuela que asiste.

AFIDÁVIT- Al firmar este cuestionario, declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes en el estado de California que la información proporcionada es verdadera y correcta. Además, entiendo que el Distrito se reserva el derecho de verificar la información sobre la vivienda.

➔ Firma del Padre/Guardián : _____ Fecha: _____ ➔

SCHOOL PLEASE NOTE: upon completion, please fax to (213) 580-6551 OR scan/email to your Local District.

Central: shqldc@lausd.net, East: shqlde@lausd.net, NorthEast: shqldne@lausd.net, NorthWest shqldnw@lausd.net, South: shqlds@lausd.net, West: shqldw@lausd.net

SHQ MUST be kept in a CONFIDENTIAL file, which is separate from the permanent student record (this form must NOT be placed in the cumulative file).