



Escuelas Públicas de Haverhill
Solicitud de Inscripción del Estudiante

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Identificación del Estudiante

Año Escolar/School Year _____

Nombre		Segundo Nombre	
Apellido		Fecha de Nacimiento	
País de Nacimiento		Estado del Nacimiento	
Ciudad de Nacimiento		Identidad de género <i>marque uno</i> <small>Género Neutral Masculino Femenino</small>	
Rasa <i>marque uno</i>	Hispano/Latino	No Hispano/Latino	
Etnicidad <i>marque uno</i>	Asiático Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico	Indio Americano o Nativo de Alaska Blanco	Negro o Afroamericano
¿Es el estudiante miembro de una familia militar? <i>marque uno</i> SI No			
¿Ha asistido previamente el estudiante a las Escuelas Públicas de Haverhill? <i>marque uno</i> SI No			
En caso de que sí, por favor indique la escuela:			
¿Ha asistido el estudiante al preescolar? <i>marque uno</i> Sí No Si es así, ¿dónde?			
¿Hay órdenes de readaptación actuales o restricciones de comunicación relacionados con el estudiante en cual estas identificando?			

Dirección de Casa

Dirección:		Edificio/Apto.	
Ciudad		Estado/Código Postal	

Dirección de Correo (Si es diferente a la dirección de su casa)

Dirección:		Edificio/Apto.	
Ciudad		Estado/Código Postal	

Información de Contacto:

Teléfono de Casa:		Teléfono Móvil	
Email Principal		Segundo Email	

Escuela Anterior (si se transfiere de otro distrito)

Distrito Escolar		Nombre de la Escuela:	
Dirección		Ciudad	
Estado y Código Postal		Número de Teléfono	
Número de Fax		Grado	

INFORMACIÓN DEL PADRES/GUARDIÁN Y DE LA FAMILIA

Información del Padre o Guardián #1

Relación con el Estudiante Solicitante	<i>marque uno</i>	Padre	Guardián	DCF	Padre de crianza
Nombre			Apellido		
Dirección (<i>si es diferente a la del estudiante</i>)					
Teléfono de Casa:			Teléfono Móvil		
Teléfono del trabajo			Teléfono para alertas		
Email Principal			Segundo Email		
Lugar de trabajo					

Información del Padre o Guardián #2 (Por favor lista incluso si no están en la casa)

Relación con el Estudiante Solicitante	<i>marque uno</i>	Padre	Guardián	DCF	Padre de crianza
Nombre			Apellido		
Dirección (<i>si es diferente a la del estudiante</i>)					
Teléfono de Casa:			Teléfono Móvil		
Teléfono del trabajo			Teléfono para alertas		
Email Principal			Segundo Email		
Lugar de trabajo					

Otros miembros de la familia - por favor liste todos sin importar la edad

- ☐ Marque esta casilla para indicar el permiso para que los miembros de la familia de 18 años de edad o mayores recojan al estudiante.

Nombre		Relación		Fecha de Nacimiento/edad		Escuela	
Nombre		Relación		Fecha de Nacimiento/edad		Escuela	
Nombre		Relación		Fecha de Nacimiento/edad		Escuela	
Nombre		Relación		Fecha de Nacimiento/edad		Escuela	
Nombre		Relación		Fecha de Nacimiento/edad		Escuela	

SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Acomodaciones

¿Está el estudiante en un Programa de Educación Individual IEP (or PEI)?	marque uno	SI	No
Si la respuesta es sí, usted debe proporcionar una copia del IEP (or PEI).			
¿Está el estudiante en un Plan de Adaptación 504?			
Si la respuesta es sí, debe proporcionar una copia del 504.			

SERVICIOS LINGÜÍSTICOS EN INGLÉS

¿Recibe el estudiante servicios de idioma inglés (EL)?	marque uno	SI	No
Si la respuesta es sí, describa los servicios:			
¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar del estudiante?			
¿Se habla otro idioma que no sea inglés en la casa del estudiante?	marque uno	SI	No
En caso afirmativo, indique el (los) idioma (s):			
¿Prefiere recibir comunicación en otro idioma que no sea el inglés?	marque uno	SI	No
Si es así, por favor especifique el idioma de su elección:			

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ALERTA

☐ VERIFIQUE PARA RECIBIR NOTIFICACIONES EN ESPAÑOL

Por favor, proporcione los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico en las que desea que nos pongamos en contacto con usted en caso de emergencia, y reciba las Notificaciones y los Anuncios Escolares del "Día de Nieve" de la Escuela.

Teléfono 1		Teléfono 2	
Email 1		Email 2	

CONTACTOS DE EMERGENCIA

☐ Marque esta casilla para indicar el permiso para que los contactos de emergencia recojan al estudiante (debe tener 18 años de edad o más).

Contacto de Emergencia 1

Relación con el solicitante		Nombre	
Apellido		Teléfono de Casa:	
Teléfono Móvil		Teléfono del trabajo	

Contacto de Emergencia 2

Relación con el solicitante		Nombre	
Apellido		Teléfono de Casa:	
Teléfono Móvil		Teléfono del trabajo	

EDUCACIÓN PARA NIÑOS SIN HOGAR

Los estudiantes que son considerados sin hogar bajo la Ley McKinney-Vento tienen derechos bajo la ley para inscribirse inmediatamente después de la inscripción y pueden ser elegibles para beneficios adicionales. Por favor, marque cualquiera de los siguientes que aplican:

- ☐ Mi familia no tiene una dirección permanente en este momento (hospedaje en un hotel, refugio, otra vivienda temporal)
- ☐ Mi familia vive con otra familia o con un amigo
- ☐ Mi familia se traslada por temporadas
- ☐ Mi estudiante solicitante se ha escapado de casa o está viviendo con un amigo o pariente.
- ☐ El estudiante solicitante es un niño de crianza bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza.
- ☐ Mi familia recibe beneficios de SNAP, TAFCD, Estampillas de comida o Medicaid
- ☐ Creo que mi familia puede calificar como desamparada y me gustaría ser contactado para aprender más.

Por favor contacte a Zoraida Lopez, Enlace de Personas sin Hogar, al 978-420-1967 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.

SERVICIO DE COMIDA

Por favor, marque cualquiera de los siguientes que aplican:

- ☐ Tengo un hijo (a) que ha recibido almuerzo gratis o a precio reducido en el pasado
- ☐ Mi familia recibe beneficios de SNAP, TAFCD, Estampillas de comida o Medicaid
- ☐ Estoy interesado en saber más acerca de si mi hijo califica para recibir almuerzo gratis o a precio reducido.
- ☐ Por favor contácteme con información sobre recursos de alimentos

SERVICIOS ADICIONALES

Por favor, marque cualquiera de los siguientes que aplican:

- ☐ Estoy interesado en recibir información para asistencia con la ropa
 - ☐ Estoy interesado en recibir información sobre el cuidado de niños
 - ☐ Estoy interesado en recibir información sobre recursos de empleo
 - ☐ Estoy interesado en recibir información sobre recursos para el abuso de sustancias
 - ☐ Estoy interesado en recibir información sobre recursos de abuso infantil/violencia doméstica
 - ☐ Estoy interesado en recibir información sobre recursos de salud mental
 - ☐ Por favor contácteme con respecto a los recursos arriba mencionados. Para poder hacerlo, entiendo que mi nombre y número de teléfono serán compartidos con la agencia apropiada.
-

Para uso exclusivo del personal de HPS:

Nombre del Estudiante: _____ Nombre del Padre: _____

Número de teléfono de los padres: _____