

Inscripción para estudiantes de primer ingreso en el distrito escolar (K-12)

Documentos requeridos para la inscripción

-Certificado de nacimiento

-Cartilla de vacunación

-Última boleta de calificaciones

-Nombre y dirección de la escuela anterior

-Formulario de que el estudiante se dio de baja de la escuela anterior

-Papeles de custodia

- Acta de Divorcio de los padres o prueba de domicilio en la que se muestran que viven separados.
- Tutores legales, quienes no son los padres, con sentencias firmadas por un juez.
- Custodia Provisional que ha sido notariada y presentada ante la oficina de la Secretaria de Tribunales.

-Tarjeta de Seguro Social- Si está disponible. Social no se puede colocar en Jcampus sin una copia.

Además de los documentos enumerados anteriormente, cada nuevo solicitante de inscripción escolar debe proporcionar:

prueba de residencia. Los documentos deben estar vigentes y no vencidos.

- Si es propietario de una vivienda, se deben proporcionar dos (2) de los siguientes:

-Recibo o Factura de gas vigente

-Recibo o Factura de luz vigente

-Recibo o Factura de agua vigente

-Notificación de exención de hogar

- Licencia de conducir de Luisiana vigente con dirección del Padre (s) / tutor (es) legal (es).

-La factura de venta original del propietario

-Contrato de compra de vivienda

- Si alquila el inmueble:

-Contrato de alquiler o arrendamiento / recibo (apto., Remolque o casa). Debe tener la información de contacto del propietario para verificar.

-Recibo o Factura actual de gas, agua o electricidad a nombre del arrendatario.

-Si es un apartamento, todos los inscritos deben figurar en el contrato de arrendamiento.

- Si vive con otra persona:

-Una declaración jurada firmada y notariada de la dirección del domicilio (Affidavit)

-recibo o factura actual de gas, agua o electricidad del propietario

-Si es un apartamento, todos los inscritos deben figurar en el contrato de arrendamiento.

Favor de escribir en letra de molde

Distrito Escolar de Terrebonne Hoja de Admisión del Estudiante

Escuela _____

For office use only		
Student ID	_____	
Township	_____	
Address is court ordered (circle one)	Yes	No

Información del Estudiante

Nombre _____				
(Como aparece en el certificado de nacimiento)	apellido	1er nombre	2do nombre	
Dirección Postal _____				
calle	ciudad	estado	código postal	
Dirección Residencial _____				
(si es diferente a la del correo)	calle	ciudad	estado	código postal
Teléfono del hogar _____		# de Seguro Social	# de celular _____	
Dirección de correo electrónico _____				

Información del guardián primario

Nombre _____				Relación con el estudiante (marque uno) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Padre y padrastro/madrasta <input type="checkbox"/> Guardián legal (designado por el tribunal) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Sólo Padrastro/madrasta <input type="checkbox"/> Otro	
apellido	1er nombre	2do nombre			
# de teléfono del hogar _____		# de teléfono de trabajo _____			
# de celular _____		Dirección de correo electrónico _____			
Dirección Postal _____					
(si es diferente a la del estudiante)	calle	ciudad	estado		código postal
Dirección Residencial _____					
(Si es diferente a la del estudiante)	calle	ciudad	estado	código postal	

Información del padre como aparece en el certificado de nacimiento

Nombre _____				Situación Militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Retirado		
apellido	1er nombre	2do nombre				
# de teléfono del hogar _____		# de teléfono de trabajo _____				
Correo electrónico _____		Dirección _____				
		(si es diferente a la del estudiante)	calle	ciudad	estado	código postal

Información de la madre como aparece en el certificado de nacimiento

Nombre	_____	_____	_____
	apellido	1er nombre	2do nombre/nombre de soltera
# de teléfono del hogar	_____	# de teléfono de trabajo	_____
Correo electrónico	_____		
Dirección	_____		
	(si es diferente a la del estudiante)	calle	ciudad estado código postal

Situación Militar
_____ Activo
_____ Reserva
_____ Retirado

Información de contacto de emergencia – Otra persona no listada previamente

Nombre	_____	_____	_____
	apellido	1er nombre	2do nombre
# de teléfono del hogar	_____	# de teléfono de trabajo	_____
Dirección Postal	_____		
(Si es diferente a la del estudiante)	calle	ciudad	estado código postal
Relación con el estudiante	_____ Padre	_____ Hermano	_____ Padres/padrastros
(marque una)	_____ Padre de crianza	_____ Abuelo	_____ Otro familiar
			_____ Guardián legal (designado por la corte)
			_____ Padrastro/madrastra
			_____ Otro

Sólo para estudiantes de Kindergarten: (Marque una caja). Indique la experiencia educativa del niño durante los pasados 6 meses.

<input type="checkbox"/> K01 Pre-escolar del Sistema Publico	Esto incluye todas las clases de Pre-escolar ---LA 4, 8(g), Title I, Even Start, EEF, con fondos locales o federales. Clases en las escuelas autónomas (Charter) Clases de Educación Especial contenidas también están incluidas.
<input type="checkbox"/> K02 Pre-escolar del Sistema Privado	Esto incluye programas aprobados por el estado localizados dentro de la Fe o religión.
<input type="checkbox"/> K03 Centro de cuidado de niños con Licencia	Centro de cuidado de niños que cumplan los requisitos de DCFS para licencia
<input type="checkbox"/> K04 Programa de cuidado de niños en el hogar	Este es un programa en donde una persona cuida a un máximo de 6 niños menores de 12 años en la casa.
<input type="checkbox"/> K05 Programa de Head Start	Programa Pre-escolar operado por Head Start
<input type="checkbox"/> K06 Esuelas Tribales	Programas Pre-escolares localizados en escuelas tribales
<input type="checkbox"/> K07 En casa	El niño no participó de ninguno de los programas Pre-escolares mencionados anteriormente, se quedo en casa al cuidado del padre o guardián.

Grado _____ **Sexo** (marque una) Masculino Femenina **¿El estudiante es Hispano o Latino?** (marque una) Si No

Raza: marque las que apliquen _____ Indio americano o nativo de Alaska _____ Asiático _____ Negro o Afro –americano

_____ nativo de Hawaii o de otras islas del Pacifico _____ Blanco

Fecha de nacimiento _____ **País de nacimiento** _____ **# de certificado de nacimiento** _____ **Estado de nacimiento** _____

Ciudad de nacimiento _____ **Para estudiantes nacidos fuera de los Estados Unidos solamente – País de ciudadanía** _____

Firma del guardián primario _____ **Fecha** _____ **Entry date** _____

School official signature _____ **Date** _____ **Entry reason** _____

_____ Original enrollment (new PreK, K, or 1 st)	_____ Gain from out of state	_____ Gain from within parish public school/summer transfer w/in parish
_____ Gain from within state/out of parish public school	_____ Reentry to school	_____ Gain from non-public school
_____ Gain from home school	_____ Entry for GEE only	

TERREBONNE

Parish School District

Engage, Educate and Empower Every Student, Every Day

School: _____ Language: Spanish

Encuesta sobre el idioma nativo/materno para todos los nuevos estudiantes entrantes

Los padres o tutores de TODOS los nuevos estudiantes entrantes K-12 deben completar esta encuesta. Este formulario es solo para determinar si el estudiante necesita servicios para estudiantes de inglés y esta información no se utilizará para asuntos de inmigración ni se informará a las autoridades de inmigración.

Información del estudiante:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido: _____

Fecha de ingreso a la escuela en EE. UU. : _____

Preguntas para padres o tutores	Respuesta
¿Cuáles son el/los idioma/s más comunes que se hablan en su casa?	
¿Qué idioma aprendió primero su hijo?	
¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en casa?	
¿En qué idioma le habla más a menudo a su hijo?	
¿Qué idioma usa su hijo con sus amigos?	

Las respuestas a las preguntas anteriores nos dirán si se debe evaluar el dominio del inglés de un estudiante y nos ayudarán a garantizar que se le ofrezcan oportunidades importantes a fin de recibir programas y servicios a los estudiantes que los necesiten.

¿Ha recibido su hijo servicios de ESL/EL anteriormente? Sí. No.

¿En qué idioma preferiría recibir información de la escuela? _____

Firma del padre o tutor

Fecha

TERREBONNE

Parish School District

AUTHORIZATION FORM TO RELEASE SCHOOL RECORDS

Yo, _____, por la presente autorizo al Distrito Escolar de la Parroquia de Terrebonne a obtener la divulgación de los registros escolares, información médica, social o de otro tipo sobre mi hijo (a)

INFORMACION DEL ESTUDIANTE	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	GRADO
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ESCUELA ANTERIOR	
Nombre de la escuela:	_____
Dirección:	_____
& código postal:	_____

INFORMACION DEL PADRE / TUTOR	
Nombre:	_____
Dirección:	_____
Código postal:	_____

Firma del padre / tutor

Witnessed by

Fecha

Please e-mail or fax (985) 851-0816 all Special Education **Records/Documentation** to:
Emily Blouin emilyblouin@tpsd.org
Or
Rebecca Bradford rebeccabradford@tpsd.org

Please mail any **Other Documents/Cumulative records** to:
School with Street Address, City, State, and Zip Code.

TERREBONNE
Parish School District

Health Information Form Request

Querido Padre/Guardián,

Por favor llene el formulario de Información de Salud del Distrito Escolar Parroquial de Terrebonne adjunto y devuélvalo al auxiliar de salud en la escuela de su hijo.

Si su hijo **no tiene** una condición médica, mental o de comportamiento que pueda afectar su día escolar, **complete la parte 1**, firme y devuelva el formulario a la escuela de su hijo.

Si su hijo **si tiene** una condición médica, mental o conductual que afecte su día escolar, por favor haga que su Proveedor de Atención Primaria complete la parte 2, firme y devuelva el formulario a la escuela de su hijo.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el auxiliar de salud de la escuela de su hijo o con la secretaria de la escuela quien puede ponerle en contacto con la enfermera de la escuela.

Sinceramente,

Erin Klingman, RN, BSN

TERREBONNE PARISH SCHOOL DISTRICT

HEALTH INFORMATION

PARTE 1: PADRE O GUARDIAN LEGAL PARA COMPLETAR. Se le recomienda a los padres / guardianes legales que participen en el desarrollo de un plan individual de atención médica si es necesario. Utilice hojas adicionales, si es necesario, para obtener más explicaciones. El Padre / Guardián Legal es responsable de proveerle a la escuela con cualquier medicación y puede ser responsable de proveerle a la escuela con cualquier alimento o equipo especial que el estudiante requerirá durante el día escolar. Consulte con la enfermera de la escuela para obtener los formularios correctos de medicamentos y procedimientos.

Nombre del estudiante: Apellido		1er nombre	2nd nombre	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:	Grado:	Escuela:
Dirección de correo del estudiante:				Ciudad:		Estado:	Código postal
Dirección física del estudiante:				Ciudad:		Estado:	Código postal
Nombre de la Madre / Guardián Legal		teléfono de casa	teléfono del trabajo	Teléfono celular	Empleador		
Nombre del Padre / Guardián Legal		teléfono de casa	teléfono del trabajo	Teléfono celular	Empleador		
Contacto de emergencia (que no sea el padre / Guandian):		teléfono de casa	teléfono del trabajo	Teléfono celular	Empleador		
Nombre del pediatra / proveedor de atención primaria:		Teléfono:	Nombre de los especialistas / clínicas médica: Teléfono:				

*Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría recibir información sobre un seguro de salud sin costo? Si No

*Mi hijo está matriculado en Educación Especial / tiene un IEP Si No Mi hijo tiene un plan de 504 Si No

*Mi hijo tiene una condición médica, mental o conductual que puede afectar su día escolar: No Si (Si es así, por favor avise a su médico para completar **la parte 2**)

Con el fin de asegurar que las necesidades especiales de salud de mi hijo se cumplan, permitiré que la información de mi hijo / a sea compartida confiablemente con los médicos, el personal de la oficina del médico, el personal profesional y el personal de la escuela según lo determinado por el Terrebonne Parish School Board System, el director de la escuela y la enfermera. Yo notificaré a la escuela / enfermera de la escuela por escrito de cualquier cambio en la salud de mi niño o condición médica (s). Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que se presente un nuevo formulario o a menos que sea rescindido por escrito por el padre / guardián. .

Firma del Padre / Guardián Legal _____ **Fecha** _____

Part 2: MEDICAL CARE PROVIDER. Please complete part 2. If medication or special procedures are needed during the student's school day, orders can be obtained from the student's school/school nurse.

ALLERGIES

Allergy Type: Please check which allergy applies to your child and list allergy type if needed (i.e. types of food, medication etc).

- Food _____ Medication _____ Latex
Insect sting _____ Other(i.e. perfumes, chemicals, pesticides) _____

Reactions: Date of last occurrence _____ Describe _____

Currently prescribed medications and treatments for home: No Yes

Oral antihistamine (Benadryl, etc.) Epi-pen Other _____

ASTHMA Mild Moderate Severe

Triggers (i.e., tobacco, dust, pets, pollen, exercise etc.) (list) _____

Symptoms: Chest tightness, discomfort, or pain Difficulty breathing Coughing Wheezing Other _____

Currently prescribed medications and treatments: _____

Date of last hospitalization related to asthma _____ Date of last emergency room visit related to asthma _____

Does the student have a written asthma management plan? No Yes Is peak flow monitoring used? No Yes

DIABETES Type: _____

Currently prescribed medications and treatments :Insulin Syringe Pen Pump Blood sugar testing Glucagon

Oral medication(s) List medication(s) _____

Is special scheduling of lunch or Physical Education required? No Yes: _____

STUDENT NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

SEIZURE DISORDER

Type of seizure: Absence Generalized Tonic-Clonic (Grand Mal/Convulsive)
 Complex Partial Other (explain) _____

Physical Education Restrictions: No Yes (explain) _____

Medication(s): No Yes List medication(s) _____

Date of last seizure _____ Length of seizure _____

OTHER HEALTH CONDITIONS

Chicken Pox: Date of disease: _____

- Anemia Depression Hemophilia Speech problems
- ADD/ADHD Digestive disorders Heart condition Other (explain) _____
- Cancer Emotional/Psychological Physical disability _____
- Cerebral Palsy Juvenile Rheumatoid Arthritis Sickle Cell Disease _____
- Cystic Fibrosis Skin disorders _____

Physical Education Restrictions: No Yes (explain): _____

Home Medication(s) for conditions listed above: No Yes List medication(s) _____

Restrictions/Accommodations for conditions listed above: No Yes Explain: _____

Special procedures required (i.e., catheterization, oxygen, gastrostomy care, tracheostomy care, suctioning):
 No Yes (explain): _____

Special diet required (i.e., blended, soft, low salt, low fat, liquid supplement): No Yes (explain): _____

Are there anticipated frequent absences or hospitalizations? No Yes
(explain): _____

VISION CONDITIONS

Contacts/glasses Other _____

HEARING CONDITIONS

Hearing aid(s) Other: _____

ENVIRONMENTAL ADJUSTMENTS DUE TO A HEALTH CONDITION

Special adjustments of the school environment or schedule required: No Yes (explain): _____

(i.e., seizures, limitations in physical activity, periodic breaks for endurance, part-time schedule, building modifications for access)

Special adjustments to classroom or school facilities required: No Yes (explain): _____

(i.e., temperature control, refrigeration/medication storage, availability of running water)

Special safety considerations required: No Yes (explain): _____

(i.e., precautions in lifting or positioning, transportation emergency plan, safety equipment, techniques for positioning or feeding)

Special assistance with activities of daily living required: No Yes (explain): _____

Medical Care Provider's Name (Printed) Address Phone and Fax Numbers

Medical Care Provider's Signature Credential (i.e. MD, NP, DDS) Date

PART 3: SCHOOL NURSE TO COMPLETE

Nurse Notes: _____

School Nurse Signature _____

Date _____

Notificación de detección

Screening Notification

Estimado Padre / Tutor legal:

Esta carta es para informarle sobre los exámenes gratuitos de visión y audición que se ofrecerán a la mayoría de los estudiantes en la escuela durante el próximo año escolar. Los exámenes son realizados por las Enfermeras de la Escuela de Salud General. Se ofrecen exámenes de la vista y de audición a todos los estudiantes recién inscritos, así como exámenes masivos para los grados PK, K, 1.º, 3.º, 5.º, 7.º y 10.º durante el semestre de otoño.

Los resultados de estos exámenes no constituyen un diagnóstico ni reemplazan un examen profesional por parte de un médico. El propósito de las evaluaciones es detectar cualquier problema que pueda afectar la capacidad del estudiante para tener éxito en el salón de clases. La escuela mantendrá la privacidad y confidencialidad de todos los estudiantes de acuerdo con la política del distrito escolar. A medida que se completen las evaluaciones mencionadas anteriormente, se le notificará en caso de que surja una inquietud evidente, a través de una carta enviada a casa con su hijo(a).

Si no desea que su hijo(a) participe en los exámenes de la vista o la audición, puede firmar una Carta de rechazo en la oficina de la escuela antes de la fecha del examen.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con la enfermera escolar.

Atentamente,

Erin Klingman, RN, BSN

Coordinadora de Enfermería del Distrito Escolar de la parroquia de Terrebonne (TPSD)

TERREBONNE

Parish School District

Consentimiento de los padres sobre el reembolso de Medicaid

Estimado Padre / Tutor,

El propósito de esta carta es solicitar su permiso (consentimiento) para compartir información de identificación personal sobre su hijo con la agencia de Medicaid de Louisiana y solicitar el reembolso de los servicios de salud cubiertos por Medicaid que se brindan en la escuela. Si su hijo es elegible para recibir servicios que cumplan sus necesidades, los servicios pueden ser proporcionados por el sistema escolar y/o usted puede llevar a su hijo a otro proveedor que acepte Medicaid.

Con el permiso por escrito de los padres, el cual es un trámite que se realiza solo una vez, el Distrito Escolar de la Parroquia de Terrebonne solicita el reembolso parcial de los servicios proporcionados por Medicaid de Louisiana incluidos, entre otros, una prueba de audición o un examen de la vista; terapia ocupacional o del habla o física; algunas visitas de enfermeras escolares; y servicios de asesoramiento. Después de que se otorgue el permiso inicial, recibirá un aviso anual cada año.

Por favor tenga en cuenta lo siguiente:

1. El Distrito Escolar de la Parroquia de Terrebonne no puede exigir que las familias se inscriban en el programa de Medicaid de Louisiana para recibir los servicios con la salud y/o educación especial a los que el estudiante tiene derecho.
2. El Distrito Escolar de la Parroquia de Terrebonne no puede exigir a las familias que paguen el costo de los servicios de educación especial y/o relacionados con la salud del estudiante.
3. El distrito Escolar de la Parroquia de Terrebonne tiene permiso para compartir información y solicitar reembolso de Medicaid de Louisiana:
 - a. Esto no afectará la cobertura de por vida disponible del estudiante u otro Medicaid de Louisiana; ni limitará de ninguna manera el uso de los beneficios de Medicaid de Louisiana por parte de la familia fuera de la escuela.
 - b. El permiso no afectará los servicios de educación especial del estudiante o los derechos del IEP de ninguna manera, si el estudiante es elegible para recibirlos.
 - c. El permiso no dará lugar a ningún cambio en los derechos de Medicaid de Louisiana del estudiante; y
 - d. El permiso no generará ningún riesgo de perder la elegibilidad para otros programas financiados por Medicaid.
4. Una vez que se otorga el permiso, las familias tienen derecho a cambiar de opinión y retirar el permiso por escrito en cualquier momento.
5. Si se retira el permiso, el Distrito Escolar de la Parroquia de Terrebonne seguirá siendo responsable de proporcionar los servicios al estudiante, sin costo alguno para la familia.

He leído el aviso y lo entiendo. Cualquier duda que tuve fue respondida. Doy permiso para que el distrito escolar comparta con el Departamento de Salud de Louisiana (LDH) registros e información sobre mi hijo y sus servicios relacionados con la salud, según sea necesario. Entiendo que esto ayudará a la escuela de mi hijo a obtener un reembolso parcial por los servicios cubiertos por Medicaid de Louisiana.

Nombre del niño

Nombre del Padre de Familia / Guardián

Fecha de nacimiento del niño

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Attention TPSD Personnel: Please return this form to your school's health aide, your school RN, or the Nursing Coordinator Erin Klingman, RN @ AD Martin JR West Park Special Education and Federal Building.

Student Registration - Special Services Survey

Este formulario debe ser completado para todos los estudiantes que se registren. Adjunte el documento al paquete de inscripción para estudiantes.

Nombre del estudiante: _____ **fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Escuela: _____ **Seguro social del estudiante #:** ____ / ____ / ____

Email del tutor: _____

Marque el que corresponda:

- Mudarse dentro del Estado
- Mudarse fuera del Estado
- Dejar de asistir y regresar a la escuela
- Servicios previamente rechazados, pero quiere regresar a los servicios de Educación Especial o Dotados / Talentosos

Marque los espacios que correspondan y firme:

El estudiante estaba recibiendo o era elegible para recibir los siguientes servicios de educación especial en la escuela anterior:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Profesor de Educación Especial | <input type="checkbox"/> Maestro de Educación especial para estudiante dotado (talentoso) |
| <input type="checkbox"/> Terapia del Lenguaje | <input type="checkbox"/> Maestro de Educación especial para estudiante talentoso |
| <input type="checkbox"/> Terapia Física | <input type="checkbox"/> Servicio de Asesoramiento |
| <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptada | <input type="checkbox"/> 504 |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | |
| <input type="checkbox"/> LEP/ESL/EL | |
| <input type="checkbox"/> Otra: (especifique) _____ | |

No estoy seguro. El estudiante puede haber estado recibiendo o puede haber sido elegible para recibir servicios de educación especial en la escuela anterior. Me gustaría que el Coordinador de Child Find localice información para determinar si estaba recibiendo o es elegible para servicios de educación especial.

El estudiante no estaba recibiendo ni era elegible para ninguno de los servicios de educación especial numerados previamente en la escuela anterior.

Firma del Padre/ Tutor legal: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

If it is indicated that the student was receiving or eligible for services OR that the parent is not sure and the student MAY have been receiving or eligible for services, school staff shall e-mail this form and the Authorization to Release School Records Form to childfind@tpsd.org within 1 day of registration.



Louisiana Migrant Education Program

Migrant Family Search Form

TERREBONNE
Parish School District

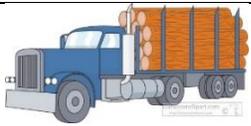
**A. D. Martin, Jr. West Park
Special Education and Federal Center
Migrant Education Program
7573 Park Ave.
Houma, LA 70360**

**Attention:
Laurie Stewart
Migrant Recruiter
(985) 879-6434
lauriestewart@tpsd.org**

In order to better serve your children’s academic needs, our program wants to identify students who may qualify to receive additional educational services. **The information you provide will be kept confidential.** Please answer the following questions and return this form to your child’s school.

Has anyone in your family worked in any of the following areas in the past three (3) years?

YES **NO** (Please check all that apply below and complete contact information.)

 <input type="checkbox"/> Commercial Fishing: catching or processing of fish or shellfish (fish, oysters, crawfish, shrimp, crabs...) or the raising or harvesting of fish at fish/crawfish farms	 <input type="checkbox"/> Processing or Packing of seafood, fruits, vegetables, or meat	 <input type="checkbox"/> Farming: planting or harvesting of field crops (sugarcane, cotton, soybeans, rice...), grain crops, hay, fruits, or vegetables	 <input type="checkbox"/> Plant Nursery Work: planting, tending, or harvesting of plants, flowers, trees, or orchards
 <input type="checkbox"/> Dairy Farm Work	 <input type="checkbox"/> Poultry Farm Work	 <input type="checkbox"/> Livestock: cattle, goats, sheep, horses, rabbits, hogs, or turtle farming	 <input type="checkbox"/> Timber/Lumber: logging or Christmas tree farming
 <input type="checkbox"/> Other similar work? Please explain: _____ _____		<input type="checkbox"/> NONE OF THE ABOVE	

Date: _____

Address: _____

School: _____

Phone #: (Home) _____

Student’s Name: _____

(Cell) _____

Parent/Guardian: _____

Email: _____

Por favor vea el otro lado de esta página para la versión en español.

Làm ơn xem mặt bên sau của trang này nếu cần đọc tiếng Việt.

Programa de Educación Migrante de Louisiana

Su hijo/hija podría calificar para recibir los Servicios de Educación Migrante de Louisiana. Para determinar si califica, póngase en contacto con nuestra oficina, o complete esta forma y devuélvela a:

**Terrebonne Parish School District
Federal Program/Migrant Education
7573 Park Ave.
Houma, LA 70360**

**¿Alguien en su familia ha trabajado en las siguientes áreas en los últimos tres años?
(Marque todo lo que corresponda.)**

- Pesca: atrapando y/o procesando pescado o crustáceos (peces, ostras, ástacos, langostinos, cangrejos...), criando y cosechando peces o crustáceos en las granjas de pescado
- Agricultura: plantando o cosechando caña de azúcar, algodón, soya, granos, heno, frutas y verduras
- Procesando o empacando: frutas, verduras, carne o crustáceos
- Trabajo en Viveros: plantando, atendiendo y cosechando plantas, flores y árboles
- Trabajo agrícola
- Aves y Ganado: pollos, ganado vacuno, cabras, ovejas, caballos, cerdos y Conejos
- Industria Maderera y Árboles de Navidad
- Ninguna de las anteriores

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

Nombre _____

Domicilio _____

Teléfono (casa) _____
(cell) _____

E-mail: _____

Louisiana Migrant Education Program

Con của quý vị có thể được đủ điều kiện để được hỗ trợ thêm thông qua chương trình Louisiana Migrant. Để xác định xem quý vị có đủ điều kiện, xin vui lòng liên lạc văn phòng của chúng tôi hoặc điền mẫu đơn này và gửi lại: _____

**Terrebonne Parish School District
Federal Program/Migrant Education
7573 Park Ave.
Houma, LA 70360**

**Trong ba năm qua, có ai trong gia đình của quý vị có hay đã làm việc trong bất kỳ lĩnh vực sau đây?
(Đánh dấu nghề nghiệp của quý vị.)**

- Làm nghề biển: đánh bắt, chế biến từ cá hoặc động vật có vỏ (cá, sò, tôm, cua) hoặc nâng cao hoặc thu hoạch từ cá hoặc động vật có vỏ tại trang trại cá
- Nghề nông: trồng hay thu hoạch các loại cây trồng trường (mía, bông, đậu tương, gạo), hạt cây trồng, cỏ khô, trái cây, hoặc rau
- Chế biến và đóng gói: trái cây, rau, thịt, hoặc hải sản
- Trồng và thu hoạch: trồng, chăm sóc, và thu hoạch thực vật, hoa, và cây
- Nghề làm sữa, phó mát
- Gia cầm và Chăn nuôi: gà, bò, dê, cừu, ngựa, thỏ, và heo
- Gỗ: Khai thác gỗ hoặc cây trang trại
- Không có trên đây

Tên học sinh _____

Trường học _____

Phụ huynh/giám hộ tên _____

Địa chỉ _____

Điện thoại (nhà) _____
(cell) _____

E-mail: _____

(El formulario se debe incluir en el Paquete de inscripción escolar)

Fecha: _____ LEA: _____ Nombre de la escuela: _____
 Nombre del estudiante: _____ No. de ID: _____ Género: Hombre/Mujer
 Dirección: _____ Número de teléfono: _____
 Última escuela a la que asistió: _____ Grado actual: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Padre/Tutor/Cuidador del estudiante: _____ Relación: _____

Descargo de responsabilidad: Este cuestionario tiene la finalidad de abordar la Ley McKinney-Vento. Su hijo puede ser elegido para servicios educativos adicionales a través del Título I Parte A, Título I Parte C Inmigrante, Ley para la Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) y/o Título IX, Parte A, Ley Federal McKinney-Vento de Asistencia, 42 U.S.C.11435. La elegibilidad se puede determinar completando este cuestionario. Es ilegal hacer declaraciones falsas a sabiendas en este formulario. Si es elegible, los estudiantes se deben inscribir de inmediato de acuerdo con el Boletín 741, sección 341.

1. Sí NO ¿Es la dirección del estudiante un arreglo de vivienda temporal? (Nota: Si esta es un arreglo de vivienda permanente o si la familia es propietaria o renta su hogar, firme bajo el artículo 9 y envíe el formulario al personal de la escuela).
2. Sí NO ¿Se debe el arreglo de vivienda temporal a la pérdida de su hogar o dificultades económicas?
3. Sí NO ¿Tiene el estudiante una discapacidad o recibe algún servicio relacionado con la educación especial? (Marque uno).
4. ¿En dónde vive el estudiante ahora? (Marque todos los que apliquen).

En un albergue de emergencia/temporal.
 Temporalmente con otra familia porque no podemos pagar o encontrar una vivienda asequible.
 Con un adulto que no es uno de los padres, tutor legal o solo sin un adulto.
 En un vehículo de cualquier tipo, paradero de casas rodantes o campamento sin agua corriente/electricidad, edificio abandonado o viviendas de calidad inferior.
 Alojamiento de emergencia (es decir, Remolque de FEMA o Asistencia de alquiler de FEMA).
 En un hotel/motel. Otro, información específica: _____

5. Sí NO ¿Presenta el estudiante algún comportamiento que pueda interferir con su desempeño académico?
6. ¿Le gustaría recibir asistencia para los uniformes, registros del estudiante, artículos escolares, transporte, otro?
(Describa): _____
7. Sí NO Inmigrante: ¿Se ha cambiado en algún momento durante los últimos tres (3) años para buscar un trabajo temporal o estacional en agricultura (incluyendo, procesamiento de aves de corral, productos lácteos, viveros y madera) o la pesca?
8. Sí NO ¿Tiene hermanos o hermanas el estudiante? Nota: Use el reverso de la página si necesita más espacio.
 Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____
9. El abajofirmante certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta.

Escriba el nombre del Padre/Tutor/Cuidador del estudiante Firma Fecha

(Código de área) Número de teléfono Dirección Calle Ciudad Estado Código Postal

Escriba el nombre del contacto de la escuela Título Firma Fecha

Uso exclusivo de enlace para personas sin hogar — Marque todas las que correspondan:

- Protegido Compartida Sin protección/FEMA/De calidad inferior Hotel/Motel Joven sin acompañante: Sí NO
Uso de la escuela solamente: Formulario de alimentos gratuitos o precio reducido enviado/firmado Copia incluida en el Registro acumulativo del estudiante

CONFIDENTIAL REFERRAL FORM

LEA: _____ School Year: _____ Date: _____

Student Name: _____ School: _____

Parent/Guardian: _____ ID# _____ IEP: ____ Yes ____ No

Gender (M / F) Race _____ DOB _____ Age ____ Grade ____ Phone Number _____

Temporary Address: _____ City: _____ Zip: _____

Referring Person: _____ Position: _____

Reason for referral: Problems listed below often prevent homeless children and youths from attending school. Please check all areas of concern which apply to the student identified above.

- School of origin: Yes ____ No ____
- Student lacks a permanent residence
- Student is unable to pay school fees
- Immunizations are needed
- Birth certificate is needed
- Excessive absences are a problem
- Lacks academic records and/or documentation
- Academic problems indicate a need for tutoring
- School supplies are needed
- Transportation to school is a problem
- Student/family needs assistance accessing community resources
- ____ Behavior indicates a need for mental health counseling
- School clothes are needed (Sizes: Shirt ____ Pants ____ Shoes ____ Other ____)
- Free lunch form needed
- Health problems are indicated
- Need Health Insurance (LA CHIP/Medical Card)
- Guardianship is a problem
- IDEA (gifted, talented, disabilities) services needed
- LEP/EL services needed
- Migrant services needed
- Need SNAP benefits (food stamps)
- Early childhood services or Higher Ed Services

Check all that apply:

- (1) Sheltered
- (2) Doubled-Up
- (3) Unsheltered/FEMA/Substandard
- (4) Hotel/Motel

Unaccompanied Youth: Yes ____ No ____

- 01- Mortgage Foreclosure
- 02- Flooding
- 03- Hurricane
- 04- Tropical Storm
- 05- Tornado
- 06- Wildfire or Fire
- 07- Man-made Disaster (Major)
- 08- Eviction
- 09- Unemployment/ Loss of Job
- 10- Domestic Violence
- 11- Illness
- 12- Financial Hardships
- 13- Lack of Affordable Housing
- 14- Unaccompanied Youth
- 15- Incarceration of Parent/ Guardian
- 16- Unsafe Living Conditions

COMMENTS:

Other Children in Home: _____

School Personnel Signature

Date

Homeless Liaison Signature

Date

**LIAISON'S SIGNATURE INDICATES STUDENT(S) MEETS TITLE IX, PART A REQUIREMENTS*

Copy Sent to District Homeless Liaison

Copy Placed in Student's Cumulative Record

(Revised 05/2022)