



High School Ahead Academy Middle School

5320 Yale Street
Houston, TX 77091
(713)696-2643

Ericka Austin, Principal

ENROLLMENT CHECKLIST

Thank you for your interest in High School Ahead Academy Middle School.

Please ensure that all the following documents are completed and included in your enrollment packet to avoid delay in processing your registration:

- ☐ Student's Birth Certificate
- ☐ Parent Photo Identification
- ☐ Student's Last Report Card w/ Promotion Status
- ☐ Immunization Record
- ☐ Social Security Card
- ☐ Proof of Residency (most recent electric, gas, water, or lease agreement in parent's name)
- ☐ Enrollment Form
- ☐ Entrance Interview Form
- ☐ Student Release Form
- ☐ Bus Request Form
- ☐ Request for Food Allergy Information
- ☐ Nurse Communication Form
- ☐ Health Questionnaire
- ☐ Health Inventory
- ☐ Socioeconomic Information Form
- ☐ Code of Student Conduct
- ☐ Family Survey
- ☐ Student Assistance Questionnaire (SAQ)
- ☐ Military Connected Families Survey
- ☐ Media Release Form
- ☐ Home Language Survey
- ☐ Metro Q Fare Card

If you have questions about documents needed for enrollment or the registration process, feel free to contact us.

Thank you,

Mr. Antravian D. Carter
At-Risk Program Administrator
713.696.2643
antravian.carter@houstonisd.org

Distrito Escolar Independiente de Houston

Formulario de Inscripción

2020-2021

Maestro:

¿Ha asistido el alumno a una escuela de HISD? ☐ Sí ☐ No				Última escuela o guardería que asistió			
Identificación del estudiante HISD		Fecha de inscripción		Fecha de nacimiento		Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	
Apellido legal del estudiante		Primer nombre		Segundo nombre		Número de Seguro Social del alumno	
Lugar de nacimiento del alumno		Ciudad Estado País		Año que comenzó la escuela en los Estados Unidos		El estudiante vive con: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro ☐ Ambos Padres	
Etnia del alumno (Seleccione uno) ☐ Hispano o Latino ☐ No hispano o latino		Raza (Seleccione todos los que apliquen) ☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Nativo de Hawai/Otra Isla Del Pacífico		☐ Asiático ☐ Blanco		☐ Negro o afro-americano	
Domicilio del alumno		Número de la calle		Nombre de la calle		Apartamento Estado Código Postal País	
Teléfono celular del estudiante		Teléfono del hogar					
Teléfono celular del estudiante		Correo electrónico del estudiante					
El Código §25.002(f) de Educación de Texas requiere que el distrito escolar cuente con un expediente con el nombre, el domicilio y la fecha de nacimiento de la persona que inscribe al niño(a).							
Primer contacto (Apellido, Nombre)		Relación		Número de la calle		Nombre de la calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal	
Empleador		Ocupación		Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo Teléfono celular	
Lenguaje preferido ☐ Inglés ☐ Español		☐ Vietnamita ☐ Otro		¿Necesita Intérprete? ☐ Sí ☐ No		Correo electrónico del primer contacto	
Segundo contacto (Apellido, Nombre)		Relación		Número de la calle		Nombre de la calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal	
Empleador		Ocupación		Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo Teléfono celular	
Lenguaje preferido ☐ Inglés ☐ Español		☐ Vietnamita ☐ Otro		¿Necesita Intérprete? ☐ Sí ☐ No		Correo electrónico del segundo contacto	
Tercer contacto (Apellido, Nombre)		Relación		Número de la calle		Nombre de la calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal	
Empleador		Ocupación		Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo Teléfono celular	
Lenguaje preferido ☐ Inglés ☐ Español		☐ Vietnamita ☐ Otro		¿Necesita Intérprete? ☐ Sí ☐ No		Correo electrónico del tercer contacto	
¿Qué tipo de seguro médico tiene para su hijo? ☐ CHIP ☐ Medicaid ☐ HCHD ☐ Seguro Privado ☐ Ninguno				Médico de la familia		Teléfono del médico	
Añote los nombres de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años. (Si necesitas más espacio, escribe al reverso)							
Apellido, Nombre y segundo nombre		Sexo		Fecha de nacimiento		Grado Dirección de este niño(a)	
La firma a continuación certifica que toda la información anterior es correcta y verídica.				Si se inscribe a un niño con documentación falsa, se exigirá el pago de matrícula o costos bajo el Código §25.001(h) de Educación de			
Firma de la madre o tutora legal		Número de licencia de conducir de Texas		Fecha de nacimiento (madre o tutora legal)			
Firma del padre o tutor legal		Número de licencia de conducir de Texas		Fecha de nacimiento (padre o tutor legal)			
Ingresos totales mensuales de familia				Cantidad total de personas en el hogar			



High School Ahead Academy Middle School

5320 Yale Street
Houston, TX 77091
(713)696-2643

Ericka Austin, Principal

ENTREVISTA DE TRANCE

RESPUESTA DE LOS PADRES	RESPUESTA ESCOLAR
¿Por qué el solicitante se ha retrasado en la escuela?	
Explique las razones por las cuales el solicitante debe asistir a HSAA.	
Explique cualquier inquietud (emocional, académica, física, etc.) sobre el solicitante que ayudará a los maestros a ayudar al solicitante.	

Firma de los padres

Firma del erudito

Representante de la HSAA



High School Ahead Academy

Student Release Form

2020-2021



Student Name/Nombre del Estudiante	Teacher Name/Nombre del Maestro

Parent/Guardian Information			
Parent/Guardian-Padre/Tutor Legal		Home/Work/Cell Phone-Tel. Casa/Cellular	
Parent/Guardian-Padre/Tutor Legal		Home/Work/Cell Phone-Tel. Casa/Cellular	
Address/Direction	Apt.	City/Cuidad	Zip Code

Authorized to pick up student(s)

Name of Authorized Person Nombre de Persona Autorizada	Relationship Relacion	Home/Work/Cell Phone Tel. Casa/Cellular	Home/Work/Cell Phone Tel. Casa/Cellular

Parent/Guardian Signature-Firma del Padre o Tutor

Date/Fecha

Person(s) **NOT** authorized to pick up my son/daughter Persona(s) **NO** autorizadas para recoger a su hijo(a)

_____ Relationship (Relacion) _____

_____ Relationship (Relacion) _____

_____ Relationship (Relacion) _____

Parent/Guardian Signature-Firma del Padre o Tutor

Date/Decha



High School Ahead Academy Middle School

5320 Yale Street
Houston, TX 77091
(713)696-2643

Ericka Austin, Principal

Bus Transportation Request

Date: ____/____/____

Student Full Name: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Parent's Contact #: _____ Student's Cell #: _____

Will you be a ____ CAR RIDER ____ WALKER ____ BUS RIDER

PLEASE NOTE:

High School Ahead offers a Magnet School transportation format for students. This means that buses will not come to your home for pick up or drop off. However, buses will pick up and drop off at a local access point (hub) near your home. Parents will be required to drop off students at their hub prior to the pick-up time assigned. Your local hub may be located on the campus of another HISD school. If you receive bus transportation and miss your pickup time, it will be the responsibility of a parent or guardian to provide transportation to school that day.

Este documento permanecerá en el Folder Cumulativo Estudiantil



PETICIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS DE ALIMENTOS

Estimados padres:

Este formulario permite revelar si su hijo(a) es alérgico a algún alimento o si tiene una alergia severa a alimentos que deba informar al distrito para tomar las precauciones necesarias para su seguridad.

“Alergia severa a alimentos” refiere a una reacción peligrosa o que pone en riesgo su vida debido a un alérgeno alimenticio introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere de atención médica inmediata.

Favor de hacer una lista de los alimentos a cuales su hijo(a) es alérgico o tiene una alergia severa, al igual que cómo reacciona su hijo(a) cuando es expuesto a los alimentos listados.

☐ No tengo información que reportar.

Alimento	Naturaleza de la reacción alérgica al alimento	¿Pone en riesgo su vida?

PARA SOLICITAR UNA DIETA ESPECIAL, MODIFICACIONES AL PLAN ALIMENTICIO O PARA PROPORCIONAR MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LA ALERGIA ALIMENTICIA DE SU HIJO(A), CONTACTE A LA ENFERMERA ESCOLAR O ADMINISTRADORES DE LA ESCUELA DE SU HIJO(A).

El distrito mantendrá la información proporcionada arriba como confidencial y podrá revelar información a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal apropiado, dentro de los límites de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos Familiares y las normas del distrito.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nac.: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____ Teléfono: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Fecha que la escuela recibió este documento: _____

High School Ahead Academy Middle School

2020-2021

NURSE COMMUNICATION

Please check the circle if any student has any one or more of the following conditions:

- ☐ Asthma
- ☐ Needs EpiPen
- ☐ Needs medication during school hours – ask for medication at school form
- ☐ Life threatening food allergy – ask for relevant forms
- ☐ Epilepsy
- ☐ Is pregnant or parenting

If none are applicable, please sign off:

Student Name:		Grade:	
Parent/Guardian Name:		Today's Date:	

High School Ahead Academy M. S.
Health Questionnaire
2020-2021

Does your student have...

1. Asthma?		
2. Life -threatening food allergies?		
3. A seizure disorder?		
4. A need for medication during school hours?		
5. A need for a treatment during school hours?		

Name: _____

Date: _____

X _____

Parent's Signature



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

INVENTARIO DE SALUD

ESCUELA _____ FECHA _____

MAESTRO(A) _____ ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ _____

Favor de completar esta forma y regresarla al maestro(a) o enfermero(a). La información de este formulario ayudará al personal de la escuela a comprender mejor las necesidades de salud de su hijo(a):

Nombre _____ Sexo _____ Fecha nac. _____ Peso al nacer _____

Dirección _____ Teléfono _____

¿Alguna vez el doctor le dijo que su hijo(a) tiene:

	Edad identificado	¿Está bajo cuidado médico?		Edad identificado	¿Está bajo cuidado médico?
Asma			Problemas de los huesos/articulación		
Alergias			Fiebre reumática		
Trastorno sanguíneo			Cirugía/fracturas		
Diabetes			Enfermedad T. B.		
Epilepsia/ataques			Pérdida de la audición		
Enfermedad del corazón			Pérdida de la visión		
Trastornos del riñón			Calambres menstruales severos		
Cáncer			Trastornos de la alimentación		

Marque si ha observado algo de lo siguiente en su hijo(a):

_____ Se cansa fácilmente	_____ Dolor de oído	_____ Silbido o poco aliento cuando hace ejercicio
_____ Dolor de cabeza frecuente	_____ Dificultad para hacer amigos	_____ Se come las uñas
_____ Desmayos	_____ Tose frecuentemente por la noche	_____ Inquietud

¿El doctor ha examinado a su hijo(a) por alguna causa mencionada arriba? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) toma algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? _____

¿Para qué condición? _____

Otro comentario _____

¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo(a)?

CHIP ☐ Medicaid ☐ HCHD ☐ Seguro médico privado ☐ No tiene ☐

Favor de visitar a la enfermera (o director(a)) si su hijo(a) es:

- Una adolescente embarazada o con hijos
y/o
- Tiene alergia mortal a ciertos alimentos

Firma _____

Requisitos mínimos de vacunas en el estado de Texas de 2020 - 2021 para estudiantes de kínder a 12.o grado

Esta gráfica resume los requisitos de vacunación incorporados al Código Administrativo de Texas (TAC), título 25, Servicios de salud, secciones 97.61 a 97.72. Este documento no tiene como propósito sustituir al TAC, el cual contempla otras disposiciones y detalles. El Código de Educación de Texas, capítulo 38, confiere al Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) la autoridad para establecer los requisitos de inmunización.

REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN

Los estudiantes deberán mostrar comprobantes de vacunación aceptables antes de inscribirse, asistir o ser transferidos a una guardería o una escuela primaria o secundaria pública o privada de Texas.

Vacuna requerida (Vea las notas y notas de pie de página)	Número mínimo de dosis requeridas por nivel de grado												Notas			
	De kínder a 6.o grado						7.o grado		De 8.o a 12.o grado							
	K	1	2	3	4	5	6	7		8	9	10		11	12	
Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP, DTP, DT, Td, Tdap)	5 dosis o 4 dosis						Una serie primaria de 3 dosis y 1 refuerzo de la vacuna Tdap / Td dentro de los últimos 5 años		Una serie primaria de 3 dosis y 1 refuerzo de la vacuna Tdap / Td dentro de los últimos 10 años				Para los grados kínder a 6.o: 5 dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina; debe haberse recibido 1.dosis en o después del 4.o cumpleaños. Sin embargo, con 4 dosis se cubre el requisito si la 4.a dosis se recibió en o después del 4.o cumpleaños. ¹ Para los estudiantes de 7 años de edad o más, con 3 dosis cumplen con el requisito si recibieron 1 de las dosis en o después del 4.o cumpleaños. ¹ Para el 7.o grado: Se requiere 1 dosis de la vacuna Tdap si han pasado al menos 5 años desde la última dosis de una vacuna que contenga tétanos.* Para los grados 8.o a 12.o: Se requiere 1 dosis de la vacuna Tdap cuando hayan pasado 10 años desde la última dosis de una vacuna que contenga tétanos.* *La vacuna Td es aceptable en lugar de la vacuna Tdap si existe una contraindicación médica para la vacuna contra la tosferina.			
Polio	4 dosis o 3 dosis										Para los grados kínder a 12.o: 4 dosis de la vacuna contra la polio; debe recibirse 1 dosis en o después del 4.o cumpleaños. ¹ Sin embargo, con 3 dosis se cumple con el requisito si la 3.a dosis se recibió en o después del 4.o cumpleaños. ¹					
Sarampión, paperas y rubeola ¹ (MMR)	2 dosis										Para los grados kínder a 12.o: Se requieren 2 dosis de la vacuna, la 1.a de las cuales debe recibirse en o después del 1.er cumpleaños. ¹ Los estudiantes que fueron vacunados antes de 2009 con 2 dosis contra el sarampión y una dosis contra la rubeola y una dosis contra las paperas cumplen con este requisito.					
Hepatitis B ²	3 dosis										Para los estudiantes de 11 a 15 años de edad, con 2 dosis cumplen con el requisito si recibieron la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax*). Tanto la dosis (10 mcg / 1.0 mL) como el tipo de vacuna (Recombivax*) deben documentarse claramente. Si la vacuna recibida no fue Recombivax*, se requiere una serie de 3 dosis.					
Varicela ^{2,3}	2 dosis										Para los grados kínder a 12.o: Se requieren 2 dosis, de las cuales la 1.a dosis debe recibirse en o después del 1.er cumpleaños. ¹					
Vacuna antimeningocócica (MCV4)							1 dosis				Para los grados 7.o a 12.o, se requiere 1 dosis de la vacuna antimeningocócica tetravalente conjugada en o después del 11.o cumpleaños del estudiante.					
Hepatitis A ²	2 dosis										Para los grados kínder a 11.o: Son necesarias 2 dosis, la 1a de las cuales debe recibirse en o después del 1er cumpleaños. ¹					

NOTA: Las casillas sombreadas indican que no se requiere la vacuna para el grupo de edad correspondiente.

↓ Notas al reverso, por favor dé la vuelta. ↓

Rev. 01/2020

- ¹ Recibir la dosis hasta (e inclusive) 4 días antes del cumpleaños satisfará el requisito de inmunización para inscribirse en la escuela.
- ² Son aceptables en lugar de la vacuna una prueba serológica de infección o la confirmación serológica de inmunidad al sarampión, las paperas, la rubeola, la hepatitis B, la hepatitis A o la varicela.
- ³ Si se ha tenido la enfermedad previamente, puede documentarse con una declaración escrita de un médico, un enfermero escolar o uno de los padres o tutor del niño, la cual diga algo como: "Esto es para comprobar que (nombre del estudiante) tuvo la enfermedad de la varicela (*varicella* o *chickenpox*) el (fecha) o alrededor de esa fecha y no necesita la vacuna contra la varicela". Dicha declaración escrita será aceptable en lugar de alguna o todas las dosis requeridas de la vacuna contra la varicela.

Podrá encontrar información sobre las exclusiones de requisitos de vacunas, la inscripción provisional y la documentación aceptada de las vacunas en las secciones 97.62, 97.66 y 97.68 del Código Administrativo de Texas, respectivamente, y en línea en <https://www.dshs.texas.gov/immunize/school/default.shtm> (en inglés).

Exenciones

La ley de Texas autoriza a que (a) los médicos redacten declaraciones de exención médica, las cuales deben indicar claramente que existe una razón médica que le impide a la persona recibir determinadas vacunas específicas, y (b) los padres o tutores opten por una exención de los requisitos de inmunización por razones de conciencia, incluidas las creencias religiosas. La ley no permite que los padres o tutores opten por una exención simplemente para evitarse inconvenientes (por ejemplo, cuando un registro se haya perdido o esté incompleto y sea mucha molestia ir con un médico o a una clínica para corregir el problema). Las escuelas deben mantener una lista actualizada de los estudiantes con exenciones, de forma que se les pueda excluir en casos de emergencias o epidemias declaradas por el comisionado de salud pública.

Encontrará las instrucciones para solicitar la declaración jurada de exención oficial, la cual debe ser firmada por los padres o tutores que elijan la exención por razones de conciencia, incluidas las creencias religiosas, en www.dshs.texas.gov/immunize/school/exemptions.aspx (en inglés). El original de la declaración jurada de exención debe llenarse y entregarse en la escuela.

En el caso de los niños para quienes se reclamen exenciones médicas, es necesario presentar a la escuela una declaración escrita del médico. A menos que en la declaración conste por escrito que existe una afección de por vida, la declaración de exención es válida solo por un año a partir de la fecha en que el médico la firmó.

Inscripción provisional

Todas las inmunizaciones deben haberse completado antes del primer día de asistencia. La ley exige que los estudiantes estén completamente vacunados contra las enfermedades específicas. Un estudiante puede inscribirse de manera provisional si cuenta con un registro de inmunización que indique que el estudiante ha recibido al menos una dosis de cada vacuna específica apropiada para su edad según lo exige esta regla. Para que el estudiante se considere como inscrito de manera provisional, no debe estar atrasado en su calendario para recibir la siguiente dosis que le corresponda en la serie de dosis de la vacuna. Para seguir inscrito, el estudiante debe completar las dosis posteriores requeridas de cada serie de vacunas a tiempo según el calendario y tan rápidamente como sea médicamente posible, y debe proporcionar a la escuela un comprobante aceptable de que ha sido vacunado.

Un enfermero escolar o administrador escolar revisará cada 30 días el estado de inmunización de los estudiantes inscritos de manera provisional para garantizar el cumplimiento ininterrumpido de la aplicación de las dosis de vacunas requeridas. Si, al final del periodo de 30 días, un estudiante no ha recibido una dosis posterior de la vacuna, el estudiante no está cumpliendo con las normas, y la escuela excluirá al estudiante de su asistencia a la escuela hasta que se le administre la dosis requerida.

Las normas adicionales para la inscripción provisional de estudiantes transferidos de una escuela pública o privada de Texas a otra, estudiantes que dependen de militares en servicio activo, estudiantes que viven en hogar de acogida y estudiantes en situación sin hogar, se encuentran en el TAC, título 25, Servicios de salud, secciones 97.66 y 97.69.

Documentación

Dado que se usan muchos tipos de registros de inmunización personales, cualquier documento es aceptable si un médico o el personal de salud pública lo ha validado. La validación debe incluir una firma del responsable, sus iniciales o el sello. Un registro de vacunas generado a partir de un registro de salud electrónico debe incluir la información de contacto de la clínica y la firma o sello del proveedor, junto con el nombre de la vacuna y la fecha de vacunación (mes, día y año). Se acepta un registro oficial elaborado por una autoridad sanitaria. Se acepta un registro oficial recibido de parte de los funcionarios de la escuela, incluido un registro procedente de otro estado.



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

Texas Department of State Health Services • Immunization Unit • MC-1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 • (800) 252-9152

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

Llene el formulario y entregue una copia en cada escuela donde tenga inscrito un hijo. **Escriba con tinta en letra de molde.**
CONFIDENCIAL – Solo para trámite de HISD

Houston ISD debe cumplir con el requisito de reunir datos de la situación socioeconómica de cada estudiante como indicador del desempeño en relación con el rendimiento estudiantil (TEC 39, requisitos estatales de Texas, y las Secciones 1111 y 1116 de ESEA, requisitos del Departamento de Educación de EE. UU.) y para usarlos en la asignación de fondos federales (ESEA, Sección 1113). Esta información no se comparte con agencias externas.

Es muy importante que las familias llenen este formulario para que las escuelas reciban fondos de Título I y del fondo State Compensatory Education. Los fondos benefician directamente a la escuela de su hijo, y se pueden usar para contratar personal, ofrecer servicios de tutoría, adquirir tecnología y brindar capacitación profesional a los maestros. Queremos seguir brindando estos apoyos necesarios para el aprendizaje, pero sin su ayuda, podría no ser posible.

Campus ECO Code: _____

For office use only

PASO 1 (Estudiantes de Houston ISD que viven en el hogar).

ID de HISD (uso de la oficina)	Nombre	Apellido	Inicial	Fecha de nacimiento	Nombre de la escuela	Grado

PASO 2

¿Recibe usted beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)?

Sí ☐

NO ☐

¿Recibe usted beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?

Sí ☐

NO ☐

Si contestó SÍ a una de las preguntas anteriores, puede saltar el PASO 3 y pasar al PASO 4.

Si contestó NO a ambas, deberá completar los PASOS 3 y 4.

PASO 3 (Llene esta sección solamente si contestó NO a las dos preguntas del PASO 2).

¿Cuántas personas hay en su hogar en total? (Incluya a todos los adultos y a los niños). _____

INGRESO ANUAL TOTAL DE **TODOS** LOS ADULTOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) _____

Incluya sueldos, salarios, prestaciones sociales, pensión alimenticia, manutención, pensiones, Seguro Social, indemnización laboral, desempleo y todas las otras fuentes de ingresos (**antes de todo tipo de deducciones**).

PASO 4 (Marque una de las dos casillas siguientes según corresponda y firme al pie de la página donde se indica).

En conformidad con lo dispuesto en la Enmienda de Protección de Derechos del Estudiante (PPRA) no se le requerirá a ningún estudiante, como parte de un programa financiado en su totalidad o en parte por el Departamento de Educación de EE. UU., que participe en una encuesta, análisis o evaluación que revele información relativa a los ingresos (aparte de lo requerido por ley para determinar que el estudiante puede participar en un programa, o para recibir ayuda financiera de ese programa), sin el consentimiento previo escrito del estudiante adulto o del padre o tutor.

☐ Certifico que toda la información brindada en este formulario es verdadera. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y será calificada en el sistema de rendición de cuentas con base en la información que yo proporcione.

☐ Elijo no proporcionar esta información. Entiendo que el desembolso de fondos federales para la escuela y la calificación de la escuela en el sistema pueden ser afectados por mi elección.

Firma del padre o tutor (letra de molde)

Firma del padre o tutor

Fecha

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

ENCUESTA SOBRE LA FAMILIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
ESCUELA:	GRADO:

Estimado padre o tutor:

El Distrito Escolar Independiente de Houston asiste al estado de Texas en la identificación de los estudiantes que reúnan las condiciones necesarias para recibir servicios adicionales del Programa Educativo para Migrantes. La información proporcionada se mantendrá confidencial.

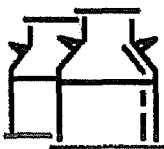
Por favor, responda a las siguientes preguntas y envíe este formulario a la escuela de su hijo.

1. En los últimos 3 años, ¿usted o alguien de su hogar se ha mudado de un distrito escolar a otro, dentro del estado de Texas o de Estados Unidos?

Sí ☐ (Pase a la siguiente pregunta). NO ☐ (Solo llene hasta aquí y entregue la encuesta en la escuela).

2. Si contestó "sí" a la pregunta número 1, ¿ha trabajado en la agricultura o en la pesca (por ejemplo, trabajo de campo, fábrica de enlatados, trabajo con productos lácteos, procesamiento de carnes, etc.)?

Sí ☐ (Seleccione las que corresponda). NO ☐ (Solo llene hasta aquí y entregue la encuesta en la escuela).

 Frutas, vegetales, girasol, algodón, trigo, grano, granjas, haciendas, campos y viñedos ☐	 Granja de productos lácteos ☐	 Pesquería ☐	 Fábrica de enlatados ☐
 Granja avícola ☐	 Vivero, huerto, siembra de árboles o cosecha ☐	 Matadero o rastro ☐	 Otros trabajos similares, por favor explique: ☐

Si contestó "sí" a las preguntas, un representante del Distrito Escolar Independiente de Houston se comunicará con usted para proveerle más información. Por favor, provea los siguientes datos.

Nombre del padre o tutor	Domicilio	Teléfono

— FOR SCHOOL USE ONLY—
PLEASE SUBMIT THIS INFORMATION AND FORMS AT

<https://form.jotform.com/200065674657156>

MIGRANT EDUCATION PROGRAM
4400 W. 18th Street, Route 1 | Houston, TX 77092 | 713-556-7288
HISD Multilingual Programs | 713-556-6980 Fax | January 2020

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

CUESTIONARIO DE AYUDA PARA EL ESTUDIANTE (SAQ)

Es necesario que los padres, el personal escolar o el coordinador de enlace de la comunidad proporcione toda la información a continuación.

Escuela _____ Fecha _____
Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. Id. de HISD _____
Domicilio actual _____ Grado _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
Vive con: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor legal ☐ Tutor o familiar sin derechos legales de custodia ☐ Otro _____ relación

¿El estudiante está actualmente bajo la tutela del Departamento de Protección y Servicios para la Familia (Foster Care)? ☐ Sí ☐ No

Si marcó sí, proporcione el nombre del administrador del caso DFPS _____ Teléfono: _____

¿El estudiante estuvo anteriormente bajo la tutela del Departamento de Protección y Servicios para la Familia (Foster Care)? ☐ Sí ☐ No

A fin de determinar su elegibilidad para obtener los beneficios que establece el Acta McKinney Vento, proporcione la siguiente información.

Parte A: SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA – Marque, ya sea que el estudiante esté en (1) una casa estable O (2) en transición

1. **ESTABLE:** ☐ El estudiante vive en una casa/departamento propia o alquilada por su padre o tutor legal. (Si marca “estable” no marque ninguna otra situación en el #2.) ¿La casa o departamento tienen electricidad y agua corriente? ☐ Sí ☐ No

2. SITUACIONES DE VIVIENDAS DE TRANSICIÓN

- ☐ Vive en un albergue ☐ Vive en un hotel o motel
☐ Vive con más de una familia en una casa o departamento (compartidos)

Desamparado

- ☐ Se muda de un lado a otro ☐ Vive en una estructura que no se usa por lo general para vivienda
☐ Vive en un auto, parque, campamento o al aire libre sin agua corriente y/o electricidad
☐ Vive en un camper ☐ Está en una vivienda privada (Apéndice del HUD)

VIVE SOLO: ☐ Sí ☐ No (Un joven que vive solo es un estudiante que no está bajo la custodia física de un padre o tutor legal. Esto incluye a estudiantes que viven con familiares sin custodia o amigos sin custodia legal.)

Parte B: ANTECEDENTES (Si marco alguna Situación de Vivienda de Transición (2) arriba – por favor marque CUALQUIERA de las de abajo que aplique)

- | | |
|--|--|
| ☐ Enfermedad grave /gastos médicos / discapacidad | ☐ Desastre Natural / evacuación |
| ☐ Nuevo en la ciudad | ☐ Problema doméstico |
| ☐ Pérdida del empleo | ☐ Trabajo de migrante en pesca o agricultura |
| ☐ Dificultad económica/bajos ingresos | ☐ En espera de un lugar con padres temporales/ en custodia de CPS |
| ☐ Desalojado/expulsado | ☐ Padre(s) en despliegue militar |
| ☐ Incendio u otra destrucción | ☐ Padre encarcelado / Recién liberado de la cárcel |

Parte C: SERVICIOS QUE NECESITA – basados en disponibilidad (Marque el servicio que necesita y llame al 713-556-7237 para hablar con un trabajador social)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Ayuda para inscripción | ☐ Transportación | ☐ Uniformes, ropa de emergencia |
| ☐ Desayuno / Almuerzo Gratis (Nutrición Infantil) | ☐ Artículos escolares | ☐ Artículos de higiene personal |
| ☐ Inmunizaciones | ☐ Ayuda de Medicaid/CHIP | ☐ Ayuda con cupones de alimentos (SNAP) |
| ☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | ☐ Otros _____ | |

A mi leal entender esta información es verdadera y correcta.

Nombre (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE): _____ Firma _____ # Tfno _____

School Personnel: This form is intended to address the McKinney-Vento Act U.S.C. 11435. If any “Transitional Housing Situation” is checked under “Current Housing Situation” AND the family has indicated one of the “Background Situations” (1) immediately add PEIMS Coding on the At-risk Chancery panel for At-risk reason code 12, (2) code all of the McKinney-Vento Panels on that screen (the start date should be the date the form was completed and also add the end date, and (3) email forms to HomelessEducation@houstonisd.org. If information is missing, please follow-up with the parent/guardian/school personnel who completed the form to make sure each section is completed, as needed.

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

ENCUESTA PARA LAS FAMILIAS MILITARES

Toda la información **DEBE** ser ingresada por los padres, personal de la escuela o el coordinador de enlace con la comunidad.

Escuela _____ Fecha _____

Nombre del estudiante _____ #ID de HISD _____

Estimados padres o tutores:

El estado de Texas requiere que las escuelas recaben datos de los estudiantes hijos de militares. Esto se hace para que las escuelas puedan supervisar aquellos elementos críticos para el éxito en la educación de los niños dependientes de personal militar, y para demostrar el compromiso del Estado para con el personal militar y sus hijos.

Para estudiantes de Kínder a 12.º:

1. El estudiante es dependiente de un miembro en servicio activo en el Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Infantes de Marina o la Guardia Costera de Estados Unidos.

☐ Sí

☐ No

2. El estudiante es dependiente de un miembro de la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia Estatal)

☐ Sí

☐ No

3. El estudiante es dependiente de un miembro de la reserva militar de Estados Unidos (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Cuerpo de Infantes de Marina o de la Guardia Costera)

☐ Sí

☐ No

Para estudiantes de PreK solamente:

4. El estudiante es dependiente de un miembro en servicio activo en el Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Infantes de Marina o la Guardia Costera de Estados Unidos, o de un miembro activo/movilizado de la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia Estatal) herido o muerto en servicio activo.

☐ Sí

☐ No



MEDIA RELEASE FORM

Houston Independent School District • 4400 West 18th Street, Houston, Texas 77092-8501

Autorizo a _____

para fotografiar/entrevistar a mi hijo/hija, _____.

Es de mi conocimiento que esta fotografia/entrevista o porciones de la misma, seran usadas para transmision al publico.

Acepto participar en este proyecto sin ninguna remuneración financiera, quedando enterado que este permiso absolve al fotografo/reportero _____ de cualquier futura reclamación o responsabilidad, que resulte a causa de la entrevista mencionada.

Nombre del estudiante _____
(favor de escribir en letra de molde)

Domicilio _____

Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Firma de Padre o Tutor _____

Fecha _____

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215
(Home Language Survey applicable ONLY if administered
for students enrolling in prekindergarten through grade 12)

PARA LOS ESTUDIANTES DE PREKÍNDER A OCTAVO, ESTE CUESTIONARIO DEBE LLENARLO EL PADRE DE FAMILIA O TUTOR. LOS ESTUDIANTES DE 9 A 12 GRADO PUEDEN LLENARLO ELLOS MISMOS. El estado de Texas requiere que la siguiente información se obtenga para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información requerida en las siguientes preguntas sobre el idioma de la familia.

Estimado padre o tutor:

Para determinar si su hijo podría beneficiarse de los servicios de los programas bilingües o de inglés como segundo idioma, por favor conteste las dos preguntas planteadas abajo.

Si alguna de sus respuestas indica el uso de un idioma diferente del inglés, el distrito escolar deberá realizar una evaluación para determinar hasta qué punto su hijo se comunica bien en inglés. El resultado de la evaluación se usará para determinar si es apropiado proveer a su hijo servicios de programas bilingües o de inglés como segundo idioma, y para guiar las recomendaciones sobre la instrucción y la asignación a un programa escolar adecuado. Una vez finalizada la evaluación de su hijo, no se permitirá hacer cambios a las respuestas dadas en este cuestionario.

Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso de este cuestionario, o si necesita ayuda para completarlo, por favor comuníquese con el personal del distrito escolar.

Para ver más información sobre el proceso requerido, por favor visite el siguiente sitio web:
<https://projects.esc20.net/upload/page/0081/docs/LPAC-TrainingFlowchartSpanish-Accessible.pdf>.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ NÚM. DE ID: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

ESCUELA: _____

NOTA: INDIQUE SÓLO UN IDIOMA EN CADA RESPUESTA.

1. ¿Qué idioma se habla en la casa del estudiante la mayor parte del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla su hijo la mayor parte del tiempo?

Firma del padre de familia o tutor

Fecha

Firma del estudiante, si cursa un grado entre 9 y 12

Fecha

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

TARJETA DE TARIFA METRO Q®

METRO ofrece a estudiantes de Houston ISD de Kínder a 12.º grado la oportunidad de inscribirse y recibir en la escuela una tarjeta de tarifa reducida del sistema de transporte METRO. Con la tarjeta Metro Q® de tarifa estudiantil, su hijo podrá trasladarse en cualquiera de las líneas de servicio de METRO con un descuento de 50 por ciento del precio del boleto común. El servicio local de autobuses y tranvías de METRO cuesta tan solo 60 centavos por trayecto. (AVISO: El costo del servicio Park & Ride varía). La tarjeta METRO Q® de tarifa estudiantil es gratis, pero para participar en el programa y recibir la tarjeta en la escuela se requiere del permiso de los padres o tutores y es preciso inscribirse proporcionando los datos que se solicitan a continuación.

El plazo para presentar el formulario de solicitud firmado por los padres o tutores a fin de obtener la tarjeta METRO Q® de tarifa estudiantil en la escuela vence el [_____]. Si su hijo ya tiene una tarjeta METRO Q® de tarifa estudiantil y solicita otra, una de ellas será cancelada. Cada estudiante debe tener solo una tarjeta activada.

LLENE EL FORMULARIO USANDO LETRA DE MOLDE:

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Domicilio (calle, apt, ciudad, estado, zip)

Email

Número de teléfono

Nombre de la escuela

ID del estudiante

Maestro (homeroom)

Grado escolar

POR FAVOR, SELECCIONE UNA OPCIÓN:

____ **SÍ**, estoy informado de la oportunidad de inscribir a mi hijo para que reciba en la escuela una tarjeta de tarifa reducida METRO Q® estudiantil. Houston ISD tiene mi permiso y está autorizado para comunicar a METRO los datos que he proporcionado en este formulario a fin de facilitar la participación de mi hijo en el programa.

____ **NO**, solicito que Houston ISD no le comunique a METRO ninguno de los datos que he proporcionado en este formulario. Estoy informado de la oportunidad de inscribir a mi hijo para que reciba en la escuela una tarjeta de tarifa reducida METRO Q® estudiantil y declino la oferta.

Nombre del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Fecha

AVISO: Para que su hijo reciba la tarjeta METRO Q® la escuela debe haber recibido este formulario lleno y firmado. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al servicio de atención al cliente de METRO al 713-739-4015 o escriba a Client.Services@ridemetro.org o la escuela de su hijo.