



**Distrito Escolar West Linn-Wilsonville
Kindergarten 2012-2013**

Le damos la bienvenida a Ud. y a su estudiante de Kinder! Sera un maravilloso año lleno de aprendizaje y de experiencias de crecimiento. Por favor comience por registrar a su hijo (a).

La lista de abajo incluye los artículos que Ud. necesitara para inscribir a su estudiante para el año escolar 2012-2013.

Por favor asegúrese de que todas sus formas estén incluidas. Solo los paquetes completos serán aceptados.
Gracias.

Nombre del Nino (a) _____ Fecha _____

- _____ 1. **FORMA DE REGISTRO** (adelante y atrás; asegúrese de firmar y poner la fecha)
- _____ 2. **HOJA DE SESION DE PREFERENCIA DE KINDER**
- _____ 3. **COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO**
Puede ser del estado o del hospital
- _____ 4. **HISTORIA DE IMMUNIZACIONES**
Las vacunas requeridas para la entrada a la escuela son:
 - a. 4-5 dosis-DPT
 - b. 3-4 dosis-Polio
 - c. 2 dosis-Sarampión
 - d. 3 dosis-Hepatitis B
 - e. 1 dosis-Varicela o Historia de la enfermedad
 - f. 2 dosis de Hepatitis A
 - g. No se olvide de firmar y poner la fecha en la forma
- _____ 5a. **ACUERDO DE PAGO DE COSTO DE KINDER DE TODO EL DIA, o**
- _____ 5b. **APLICACIÓN DE BECA PARA ESTA SESION**
- _____ 6. **APLICACIÓN DE PAGOS DE ALMUERZOS REDUCIDOS O GRATIS**

Fechas importantes:

- 10 de enero, 2012: Inscripción de Kinder comienza en cada Escuela Primaria
- 24 de enero, 2012: Noche de información acerca del programa de Lenguaje Dual en Wilsonville
- 25 de enero, 2012: Noche de información acerca del programa de Lenguaje Dual en West Linn
- 1º de febrero, 2012: Confirmación para las clases de todo el día para las familias que se han registrado
Lotería del Programa de Lenguaje Dual (si es necesario)
- 2 de febrero, 2012: Los padres son notificados de la ubicación del estudiante en el Programa de Lenguaje Dual.
- 6 de febrero, 2012: Los padres deben de confirmar la ubicación del estudiante en el Programa de Lenguaje Dual.
- Mayo 2012: Visita de Kindergarten en las Escuelas Primarias después de la Decisión de los Límites de Área.

POR FAVOR TRAIGA ESTA LISTA CON SUS FORMAS

Name: _____
(Last Name then First Name)

West Linn - Wilsonville School District #3Jt Registration Form

For Office Use Only:

Teacher/Counselor: _____

Last Name: _____ **First Name:** _____
Middle Name: _____ **Preferred Name:** _____
Grade Level: _____ **Date of Birth:** _____
Gender: ___ Male ___ Female **Birthplace:** _____
Ethnicity: Hispanic/Latino? ___ Yes ___ No
Race (check all that apply): ___ Amer Indian/Alaskan Native ___ Asian
 (You must select at least one.) ___ Black or African American ___ Native Hawaii/Pac Islander
 ___ White

Student Cell Phone/Texting: Schools may begin contacting students via cell phone or text messaging. Please provide the following information if your student has a cell phone or text messaging device.
Cell Number: _____ **Service Provider:** _____
 ___ I do NOT approve of the school using my child's cell phone or text messaging for communications.

Parent/Guardian Info: *The address provided must be the student's primary residence.*
Relationship: Mother / Father / Other (Please Specify): _____
Last Name: _____ **First Name:** _____
Home Address: _____ **City/Zip:** _____
Mailing Adr: _____ **County:** _____
Email: _____
Initial to Confirm the Above Address is the Student's Residence: _____
Home Phone: _____ **Work Phone:** _____
Home Phone Unlisted? Yes No **Employer:** _____
Cell Phone: _____ **Occupation:** _____
Additional Parent/Guardian (at same address):
Relationship: Mother / Father / Other (Please Specify): _____
Last Name: _____ **First Name:** _____
Work Phone: _____ **Employer:** _____
Cell Phone: _____ **Occupation:** _____
Email: _____

Extra Mailing Information:
 Under certain circumstances, the district is willing to send second mailings, for example, to non-custodial parents. If a second mailing is desired, please provide the information below:
Last Name: _____ **First Name:** _____
Relationship: _____ **Email:** _____
Home Address: _____ **City/Zip:** _____
Mailing Adr: _____
Home Phone: _____ **Work Phone:** _____
Home Phone Unlisted? ___ Yes ___ No **Employer:** _____
Other Phone: _____ **Occupation:** _____
 Describe the circumstances that you believe warrant a second mailing:

Legal/Custody Documents:
 Please list the names of anyone who has legal guardianship of this child: _____

 Are there legal documents concerning the custody of this child? ___ Yes ___ No
 If Yes, you will need to provide copies of the documents when submitting this form.

Other Emergency Contacts: The parties (include the Day Care Provider, if appropriate) listed below are authorized to pick up this child from school and to make decisions regarding cases of emergency, serious illness, or accident.

Name	Home Phone/Work Phone/Other Phone	Relationship
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____

Siblings: Please list the names, ages, grades, and schools of any siblings:

Name	Age	Grade	School
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Previous School(s) (Name, Location, & Dates): _____

Medical Information: (Please include first and last names of Doctor and Dentist.)
Doctor: _____ **Phone:** _____
Dentist: _____ **Phone:** _____
 I hereby authorize school personnel to obligate me for Emergency Medical Services and Transportation.
 ___ Yes, my child should be taken to _____ (Indicate Preferred Hospital/Clinic).
 ___ No
 Objection to Medical Treatment: ___ Yes ___ No Last Tetanus immunization date: _____
Medical Conditions: Please check all conditions that apply and elaborate below:
 ___ Life-Threatening Allergies ___ Heart disease ___ Orthopedic problems
 ___ Asthma ___ Kidney disease ___ Hearing problems
 ___ Seizure disorder ___ Diabetes ___ Vision problems
 Details/Other Health Concerns: _____

Medications Taken/Dosage: _____
Insurance:
 Company: _____ Policy Number: _____

Permission Denials: (Initial each item for which you deny permission):
 ___ I do not approve of my child being photographed or videotaped for educational purposes, including usage of such on the school or district website.
 ___ Some schools produce a school phone directory. I do not approve of my student being included in the directory.
 ___ (For HS Age Students ONLY) I do not approve of my student being included in data sent to the military for recruiting purposes.

West Linn - Wilsonville School District #3Jt
Registration Form

For Office Use Only:

Name: _____
(Last Name then First Name)

Teacher/Counselor: _____

Bus Information (If Known):
Morning Bus _____ Afternoon Bus: _____

Special Services (please check any areas in which your child has received special services in the last year):

Title I Gifted Education Special Education (IEP)
 ESL (English as a Second Language) 504 Plan Other: _____

Emergency Early Closure Plan (For Primary School Children Only) - If school should close early, what should your child do (*Please choose ONLY two*):

Take the bus home and can get into the house. Take the bus and stay with _____.
 Will be picked up by _____ Is to walk home and can get in the house.
 Is to take the bus to _____ day care.
 Alternate Plan: _____

Language Survey:

What is the student's primary language? _____ What language(s) are spoken at home? _____
Have you moved during the past three years for the purpose of obtaining seasonal or temporary employment in agriculture, forestry, or fishing? Yes No
Has this student ever missed more than 3 months of school? Yes No
If yes, when? _____

Complete these questions only if English is not the only language listed above.

Father's Native Language _____ Mother's Native Language _____
What language is most often used by adults in the family? _____ What language did the student learn first? _____
What language does the student use to communicate with the adults at home? _____
What language does the student use most often to communicate with friends? _____
Name of person who assists your family with English communication with the school. _____

All information provided on both sides of this form is accurate to the best of my knowledge.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



DISTRITO ESCOLAR WEST LINN-WILSONVILLE

Forma de Preferencia de Sesión de Kindergarten 2012-2013

Padres de Familia, por favor marque su preferencia de sesión de kindergarten abajo. Haremos todo el esfuerzo posible para honrar sus preferencias. Un paquete de registro completo-incluyendo esta forma-es necesario para comenzar el proceso.

Una confirmación temprana del número de estudiantes cuyas familias escogen medio día o día completo de kínder, ayudara a ambas escuelas y a los padres a planear apropiadamente. Los programas de todo el día son basados en un costo; un depósito de \$125.00 es requerido en el momento de registro. **Una clase de Kínder de Todo el Día será Proveída en cada escuela primaria.** La admisión a las clases de todo el día será confirmada a las familias que se registren antes del 1º de febrero, 2012. Después de esa fecha, la admisión dependerá de la disponibilidad de espacio. *El Programa Dual de Lenguaje tendrá la fecha del 31 de enero, 2012 como fecha de registro para acomodar al proceso de lotería si hay más interés que la capacidad.*

Nombre del Estudiante _____

Nombre de los Padres _____

Domicilio _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Por favor marque su preferencia: 1º, 2º, y 3ª decisión.

Kindergarten: _____ Sesión AM _____ Sesión PM
_____ Todo el Día (Basado en costo: \$3,510/al año o \$390/mes pro 9 meses)

COMPLETE LO SIGUIENTE SI ESTA INTERESADO EN EL PROGRAMA DE LENGUAJE DUAL

Programa de Lenguaje Dual – Registro hasta el 31 de enero, 2012

Si, me gustaría que mi estudiante sea ubicado en el **Kindergarten de todo el Día de Lenguaje Dual (Español)**. Entiendo que es un programa de K-5 y que el año escolar es el único año en donde se requiere pago. Entiendo que la inscripción a este programa esta sujeto al proceso de lotería si el interés por el programa excede la capacidad de la clase, por lo cual el registro se debe de hacer no mas tarde del 31 de enero, 2012. La lotería será el 1º de febrero, 2012 si es necesario.

Por favor marque la localización de su preferencia:

_____ Primaria Lowrie (basado en un costo*) _____ Primaria Trillium Creek (basado en un costo*) _____ Cualquiera (basado en un costo*)

Proceso de lotería del Kínder de Todo el Día del Lenguaje Dual (si hay más interés que la capacidad) involucra:

- 1) Un paquete completo de inscripción entregado a la primaria del área de servicio no más tarde del 31 de enero, 2012
- 2) Deposito del costo de Kínder de Todo el Día (\$125.00) recibido.
- 3) Todos los niños con inscripciones completas serán incluidos a una lotería el 1º de Febrero, 2012 a las 10:00 a.m. en el salón de reuniones de la Junta del Distrito en la Oficina del Distrito. La lotería es un proceso público; se da la bienvenida a la observación por parte de los padres.
- 4) Se mandara notificación a los padres de la ubicación del estudiante en la clase de Lenguaje Dual el 2 de Febrero, 2012.
- 5) Los padres deben de confirmar su intención de aceptar la ubicación de el programa de Lenguaje Dual para Febrero 6, 2012, 4:00 p.m.; de otra manera un lugar quedara abierto para el siguiente estudiante en la lista de espera.

Espacios disponibles en las clases de Lenguaje Dual (después de la lotería) serán llenadas en una base a espacio disponible.

**Asistencia Financiera estará disponible para las familias que califiquen para almuerzos gratis o reducidos o que demuestren estrechez. Si esta interesado en el programa del kínder de todo el día y necesita consideración para ayuda financiera, por favor llene la Forma de Aplicación de Becas de West Linn-Wilsonville y el papeleo relacionado con la asistencia financiera.*

Uso solo para la oficina – recibido en _____



Oregon Certificate of Immunization Status

Oregon Department of Human Services, Immunization Program

Oregon law requires proof of immunization be provided or a religious or medical exemption be signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Department of Human Services, Immunization Program and may be released to the Department or the local Public Health Authority by the school or children's facility upon request of the Department. Vaccine history must include at least the month and year. Please list immunizations in the order they were received.

Complete for all
 Up-to-date
 Medical
 Religious

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

Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP, Tdap, Td)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)
Booster Dose Tdap (not given prior to 10 years of age)					
Polio (IPV or OPV)					
Varicella (Chickenpox) [VZV or VAR] <input type="checkbox"/> Check here if child has had chickenpox disease _____ (mm/dd/yy)					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>or</i> Measles vaccine only Mumps vaccine only Rubella vaccine only					
Hepatitis B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B (Hib) (Only children less than 5 years)					

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

Signature* _____	Date _____
Update Signature _____	Date _____
Update Signature _____	Date _____
Update Signature _____	Date _____

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

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

Continued On Reverse Side



Oregon Certificate of Immunization Status, Page 2
Oregon Department of Human Services, Immunization Program

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

Recommended Vaccines	Recommended Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
	Pneumococcal (PCV7) (Only children less than 5 years)					
	Meningococcal (MCV4, MPSV4)					
	Human Papilloma Virus (HPV) (Only girls age 9 years or older)					
	Influenza (Flu)					
	Other Vaccine Please specify:					
	Other Vaccine Please specify:					

For medical exemptions:

Please submit a letter signed by a licensed physician stating:

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

For Immunity Exemptions (history of disease or positive titer):

Please submit a letter signed by a licensed physician stating:

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

Religious exemption:

I have read and understand the information in the brochure that I received. I am aware of the potential risks of my child being unimmunized, including being excluded from attending school during a disease outbreak. My child is being raised as an adherent to a religion the teachings of which are opposed to immunization and I request that my child be exempted from the following required immunizations:

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

Signature of Parent or Guardian

Date

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

Signature _____

_____ Date

Update Signature _____

_____ Date

Update Signature _____

_____ Date

Update Signature _____

_____ Date

Instructions for completing the Certificate of Immunization Status

Contact information:

Complete information for your child including full name, birthdate, current mailing address, parents' or guardians' names and home telephone number. This information will be used to contact you if there are questions about your child's immunization history.

Required vaccines (Front):

Fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine. If you do not have the specific date, month and year only will be accepted. Doses must be listed in the order received. The shaded boxes on the form indicate doses that are not routinely given, however if your child received them, please write the date in the shaded box. Check with your child's school or daycare to find out which vaccines are required for your child's age or grade.

Recommended vaccines (Back):

These doses are not required by law, however most children receive them. Fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine. If you do not have the specific date, list month and year only. Doses should be listed in the order received. The shaded boxes on the form indicate doses that are not routinely given, however if your child received them, please write the date in the shaded box.

Signature:

The parent or guardian signature is a sworn statement that the child's record is accurate. The signature of a physician or local health department is not required but it is acceptable. **Every time you add on to your child's information you need to resign the form.**

REMEMBER TO COMPLETE BOTH SIDES OF FORM

Exemptions:

Oregon allows both religious and medical exemptions. For a religious exemption, indicate which vaccines you are exempting from by checking the boxes. Then sign and date on the indicated line. For a medical exemption, submit a letter from your child's physician to the school or child care.

Instrucciones para llenar el Certificado de Estado de Vacunación

Información de contacto:

Dé la siguiente información sobre su hijo: nombre completo, fecha de nacimiento, dirección postal actual, nombres y números de teléfono de los padres o tutores. Usaremos esta información para comunicarnos con usted si hay preguntas sobre los datos de vacunación de su hijo.

Vacunas requeridas (adelante):

Escriba el mes/día/año en que su hijo recibió cada dosis de vacuna. Si no tiene la fecha exacta, puede dar sólo el mes y el año. Las dosis se deben enumerar en el orden en que fueron recibidas. Los casilleros sombreados del formulario indican las dosis que no se dan rutinariamente. Sin embargo, si su hijo las recibió, escriba la fecha en el casillero sombreado. Averiguar con la escuela o guardería cuales son las vacunas requeridas para la edad y grado escolar de su niño.

Vacunas recomendadas (atrás):

Estas dosis no son obligatorias por ley, pero la mayoría de los niños las reciben. Escriba el mes/día/año en que su hijo recibió cada dosis de vacuna. Si no tiene la fecha exacta, puede dar sólo el mes y el año. Las dosis se deben enumerar en el orden en que fueron recibidas. Los casilleros sombreados del formulario indican las dosis que no se dan rutinariamente. Sin embargo, si su hijo las recibió, escriba la fecha en el casillero sombreado.

Firma:

La firma del padre, madre o tutor es una declaración jurada de que la historia de vacunas del niño esta correcta. La firma del médico o del departamento de salud local no son requeridas, pero son aceptable. **Cada vez que agregue datos a la información sobre su hijo debe volver a firmar el formulario.**

RECUERDE LLENAR AMBOS LADOS DEL FORMULARIO

Excepciones:

Oregon permite excepciones religiosas y médicas. En el caso de una excepcion religiosa, marque los casilleros para indicar de qué vacunas está excepto. Luego firme y coloque la fecha en la línea indicada. En el caso de una excepcion médica, presente una carta del médico de su hijo a la escuela o guardería.



Distrito Escolar West Linn-Wilsonville

**PROGRAMA DE KINDERGARTEN DE DIA COMPLETO
(Cinco años en/antes de 9/1/12)
ACUERDO DE PAGO 2012-2013**

Por favor complete esta forma y regrésela a la oficina de la escuela con su depósito no-retornable de \$125.00. Por favor haga su cheque pagable a: **West Linn-Wilsonville School District**. El depósito es aplicable al pago de colegiatura del primer mes.

Lo siguiente puede responder algunas preguntas constantemente hechas acerca de cómo el costo de la colegiatura fue calculada para este programa.

- El kínder de todo el día es un programa opcional basado en un costo y día extendido del horario regular de kínder de medio día.
- El costo de \$3510.00 es determinado al tomar el coso para educar a un estudiante de escuela primaria por un día complete, y luego dividiéndolo a la mitad para tomar en cuenta los fondos públicos que ayudan a sostener al programa de medio día.
- El costo complete para cada programa escolar incluye un costo proporcional para el personal, libros, artículos escolares, equipo, tecnología, desarrollo profesional, servicios de soporte, enfermería, costos de operación, seguridad, transportación, servicios alimenticios, personal, sueldos, contaduría, y costos administrativos que ayudan al salón de clases en la escuela.
- El personal de instrucción es correspondiente con personal en otros salones de la primaria.

ACUERDO DE PAGO DE COLEGIATURA

Pago para el curso escolar 2012-2013 será de un total de \$3, 510.00, el cual puede ser hecho usando uno de dos planes de pago.

Opción 1: **Un pago único** de \$3,510.00 el cual es hecho antes del primer día de clases.

Opción 2: **9 pagos** en la cantidad de \$390.00 durante el primer día de cada mes.
El primer pago es dado a la oficina de su escuela antes de que comience la escuela. Ud. puede mandarlo por correo o entregar el cheque a la oficina de la escuela. Siguiendo el pago inicial, un recibo se le mandara a Ud. cada 25 de mes. Si su pago no es recibido, una segunda nota se le mandara el 10 del mes. Si no recibimos pago al final del mes el director se comunicara con Ud. para considerar alternativas.

Nombre del Estudiante: _____

Reconozco que mi depósito es no retornable a menos que el Distrito Escolar West Linn-Wilsonville no pueda proveer ubicación. Entiendo que el deposito será aplicado a la colegiatura del primer mes. Estoy de acuerdo a los requerimientos de pago mencionados arriba. *Por favor tome nota que mantendremos su depósito hasta que la ubicación sea hecha.

Padre o Guardian Legal

Fecha

Director de la Escuela

Fecha



DISTRITO ESCOLAR WEST LINN-WILSONVILLE

22210 SW Stafford Road

Tualatin, OR 97062

PH (503) 673-7000

FAX (503) 673-7001

APLICACION PARA BECA DE KINDER DE DIA COMPLETO

Las familias están invitadas a aplicar al entregar una aplicación de beca. La calificación será basada en las reglas de elegibilidad de ingresos de Departamento de Educación de Oregon y/o en otras categorías de estatus.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre o Guardián _____

Dirección de Correo _____

Ciudad _____ Estado _____ Cod. Postal _____

Num. Telefónico/casa _____ Num. Tel. Trabajo o Cell _____

Por favor llene la forma adjunta “SOLICITUR FAMILIAR CONFIDENCIAL 2012-2013 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO y provea fotocopias de documentación para cualquiera de las instancias mencionadas abajo. Estas formas determinaran su elegibilidad de ingresos. Por favor regrese las formas y documentos al director de la escuela.

Por favor marque las instancias apropiadas de abajo:

- Si casa/hogar
- El 1er. lenguaje del estudiante es otro que Ingles. El estudiante habla _____
- Migrante
- Nino de Crianza
- Estampillas de Comida
- TANF (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas)
- FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias)

Agregue cualquier comentario que pueda ser relevante para su aplicación (opcional) _____

Por favor marque la opción apropiada:

- Si mi hijo no califica para una beca, prefiero el programa de medio día.
- Si mi hijo no califica para la beca, estoy interesado en participar en el programa de todo el dia con el costo completo.

Importante: Haga el favor de llenar, en completo con fecha y firma, esta aplicación y devolverla á Rhonda Linstrom, 2755 SW Borland Rd, Tualatin, OR 97062. Lláme al 503 673-7995 y hable con Sally. Gracias.

SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2011/2012 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO

AVISO:

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

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

Nombre Escriba _____

Dirección postal – Apt # _____

Ciudad Estado Código Postal _____

Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo) _____

Teléfono del trabajo _____

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

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) Sí (Complete las partes 2 y 5)

2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

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

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

Nombre _____ SNAP Número de caso _____ Siga abajo en la Parte 5

_____ TANF _____

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas) Sí (Siga en la Parte 5 y complete)

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

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

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

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

Firma de un miembro adulto del hogar X _____ Firmado en _____ Mes/día/año

Número de Seguro Social * (Ver declaración de privacidad al dorso) XXX-XX-____-____-____-____ No tengo número de Seguro Social

6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)

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

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

Negro o afroamericano Blanco, no de origen hispano Otra

Prefiero recibir toda la correspondencia en Español Ruso Otro _____

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

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

SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total Income: _____ Number in household: _____ Date Withdrawn: _____

Free based on: SNAP/TANF FDPIR household income foster child's Income

Reduced based on: household income foster child's income

Denied – Reason: income too high incomplete application

Temporary: Free Reduced Until: _____ Until: _____ (maximum 45 days each)

Determining Official's Signature : _____ Date _____

Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si no recibe estos beneficios y su **ingreso** se encuentra por debajo de las pautas, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si en su hogar hay un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.

CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

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

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

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

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

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

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

PAUTAS FEDERALES PARA INGRESO

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

Tamaño del hogar	Comidas a precio reducido				
	Anual	Mensualmente	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
-1-	20,147	1,679	840	775	388
-2-	27,214	2,268	1,134	1,047	524
-3-	34,281	2,857	1,429	1,319	660
-4-	41,348	3,446	1,723	1,591	796
-5-	48,415	4,035	2,018	1,863	932
-6-	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
-7-	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
-8-	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Para cada miembro adicional de la familia añadir	7,067	589	295	272	136

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted debe de incluir solamente los últimos 4 dígitos del número de seguro social es requerido solo cuando aplica basado en su ingreso. Usaremos la información para determinar si su hijo(a) es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para administración y aplicación de los programas de desayunos y almuerzos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden para ayudarles a detectar violaciones a las reglas del programa. Podemos compartir su información con Medicaid o el Programa de Salud de Niños del Estado (SCHIP), a menos que usted nos diga que no lo hagamos. La información, si se revela, será utilizada para identificar niños elegibles y tratar de inscribirlos en Medicaid o SCHIP.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Esto explica qué hacer si considera que ha sido tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y El Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA por sus siglas en inglés) esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos. Para presentar una reclamación de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Las personas con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Sistema Federal de Transmisiones al (800) 877-8339 o al número (866) 845-6136. USDA es un proveedor y empleador que ofrece igual oportunidad a todos.