



## PROCEDIMIENTOS DE MATRICULA

Bienvenidos al Distrito Escolar del Área de Gettysburg.

El Distrito Escolar del Área de Gettysburg usa un sistema de respuesta en caso de emergencias para las notificaciones y avisos. El Sistema de Notificación Instantánea SkyAlert es un sistema usado para comunicar los comunicados importantes a los padres acerca de los cierres de escuela, demoras en llegadas, salidas tempranas, emergencias y cualquier otra situación urgente o información necesaria y oportuna. Es esencial que la información de contacto que se mantiene en los archivos de la escuela sea correcta para que usted pueda recibir estos comunicados. Estas notificaciones son efectuadas por medio de llamadas telefónicas, correos electrónicos, y mensajes en texto dependiendo del tipo de información contenida en el comunicado. Para las emergencias se van a utilizar todos los números de contacto y direcciones electrónicas, se utilizara el número principal de casa para todas las demás notificaciones.

Para poder establecer y verificar su residencia dentro del Distrito Escolar del Área de Gettysburg, unos cuantos documentos necesitan ser completados y aprobados. Todos los procedimientos están en concordancia con las Secciones 1301 y 1302 del Código Escolar de Pennsylvania y las Regulaciones 11.11 y 11.19 las cuales autorizan al Distrito Escolar del Área de Gettysburg a solicitar comprobante de residencia o de tutoría legal antes de la admisión a los programas escolares.

Solamente los padres biológicos o adoptivos o los tutores legales designados por la Corte pueden matricular al estudiante en GASD y el padre o tutor o encargado legal debe venir a la oficina en persona para completar el proceso de matrícula. Si un residente del Distrito solicita que el estudiante sea matriculado en el Distrito cuando los padres viven afuera del distrito, se deberá completar un Afidávit por ambas partes, el residente del Distrito y los padres naturales o biológicos. Si el padre/madre biológica no puede aparecer en persona, se requiere que su firma en los documentos sea notariada.

Los paquetes de matricula se pueden obtener de antemano o se pueden imprimir directamente del Sitio Web. Los formularios también se le pueden enviar por correo. Para que se le envíe un paquete por correo, por favor llame al 717-334-6254, oprima el 5, después la Extensión 1232.

**El Proceso de Matricula se completa en cada escuela Lunes a Viernes excepto días festivos y de cierre de emergencia. Horas: escuela secundaria 8:00 a 2:30- por favor llame para una cita; escuela primaria 9:00 a 3:00. Por favor llame para los días de verano y las horas.**

**Por favor use la lista de verificación para asegurar que usted tiene todos los documentos necesarios para la matricula y traiga el paquete completo con la lista de verificación a la matricula.**

### QUÉ DEBE TRAER CUANDO USTED MATRICULA A SU NIÑO (A)

→**Comprobante de Residencia en el Distrito Escolar del Área de Gettysburg:** Puede ser cualquiera de los siguientes documentos para indicar la dirección dentro del Distrito Escolar del Área de Gettysburg: hipoteca, contrato de arrendamiento, contrato de venta hipotecaria, recibo de servicios (agua, luz, electricidad), recibo de pago de impuestos, licencia para conducir, inscripción de automóvil. Si al momento usted se encuentra sin hogar, por favor déjenos saber. Su niño (a) podría calificar para servicios adicionales por medio del Acto McKinney-Vento de Ayuda. Le pediremos completar un Cuestionario de Residencia.

→**Identificación con fotografía de los padres o Comprobante de Tutela o Custodia:** Acuerdo legal de custodia, si aplica. Una copia deberá ser guardada en el expediente del estudiante.



GETTYSBURG AREA SCHOOL DISTRICT  
*A Great Place To Learn*

Gettysburg Area School District  
900 Biglerville Road  
Gettysburg PA 17325  
(717)334-6254

→ **Identificación con fotografía de los padres o Comprobante de Tutela o Custodia:** Acuerdo legal de custodia, si aplica. Una copia deberá ser guardada en el expediente del estudiante.

→ **Registro de Vacunas:** La Ley Estatal requiere que el record completo de vacunas sea provisto. Usted puede obtener una copia de los registros de salud de su niño (a) en la escuela que están dejando. Los registros de vacunas también se pueden obtener en la oficina del médico de su niño (a). Los exámenes físicos son requisito para los estudiantes que entran a Kindergarten, a 6to y 11avo grados.

→ **Nombre, dirección y número telefónico de la escuela anterior:** (incluyendo la ciudad y el estado) para obtener los registros o expedientes.



**MATRICULA PARA ESTUDIANTES NUEVOS**

**Información del estudiante:**

Apellido Legal del estudiante	Primer nombre legal	Segundo nombre	Sobrenombre	Genero
Fecha de Nacimiento:	Lugar De Nacimiento: Ciudad, Estado y País	Grado al que entra:	idioma del hogar	
Categoría Étnica (marque una) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No es hispano o latino	Grupo Étnico: (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro (especificar)			
Fecha de entrada a una escuela en los Estados Unidos: (mes/año)  Primera fecha en que entro a una escuela en PA. (mes/año)			(SOLO ESTUDIANTES DE ESCUELA SECUNDARIA) Año En Que Se Comenzó E Noveno (9º) Grado: mes/año	
¿Asistió su niño (a) a Head Start?  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha asistido su niño a alguna escuela en el Distrito Escolar del Área de Gettysburg? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesta si, ¿qué fechas? Mes/año			

**INFORMACIÓN SOBRE EL PRIMER HOGAR:**      Nombres de las personas con **quien vive el estudiante**

El estudiante reside con:

<input type="checkbox"/> Ambos padres	<input type="checkbox"/> MADRE solamente	<input type="checkbox"/> PADRE solamente	<input type="checkbox"/> El solo	<input type="checkbox"/> Agencia (Especifique) _____
<input type="checkbox"/> GUARDIÁN:	<input type="checkbox"/> MADRE /* PADRE ADOPTIVA:	<input type="checkbox"/> PADRE /* MADRE ADOPTIVA:	<input type="checkbox"/> Guarda temporal	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____

\* Padre adoptivo (Padrastro) significa matrimonio legal; por favor marque "otro" si no están casados.

Nombre Apellido	Primer nombre, sobrenombre	Relación	Celular ( )	Teléfono (de empleo):
Nombre Apellido	Primer nombre	Relación	Celular ( )	Teléfono (de empleo)::
Correo electrónico:				Teléfono en casa: ( )
Dirección de los padres o Dirección postal del padre/tutor/encargado			Ciudad	Estado/Código postal
Apto. #				
Lugar de empleo (P)			Lugar de empleo (M)	



**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGUNDO HOGAR:**

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR/ENCARGADO APARTE DE LOS LISTADOS BAJO LA INFORMACIÓN DEL PRIMER HOGAR

Relación:       Madre       Padre       Guardián       Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Apellido	Primer Nombre	LUGAR DE EMPLEO		Teléfono en el trabajo Ext.
CORREO ELECTRÓNICO:				Celular:
Dirección de los padres (no PO Box)		Apt. #	Ciudad	Estado/Código Postal
Dirección postal del padre/tutor/encargado (si es diferente a la de arriba); se permite un PO Box:			Ciudad	Estado/Código Postal

**INFORMACIÓN SOBRE OTROS HERMANOS EN LA FAMILIA:**

Nombre	Fecha de cumpleaños	Grado y escuela	¿Reside con el estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Si el estudiante no vive con ambos padres naturales:**

¿Existe un Acuerdo de Custodia formal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si lo hay, ¿ha sido entregada al distrito una copia de los papeles de custodia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Debe ser notificado (a) el otro padre con los comunicados de la escuela acerca de este estudiante?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Se le permite a este padre/madre recoger a este estudiante?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA CONTACTO EN VASO DE EMERGENCIA:** Por favor listar dos o más personas (aparte de usted mismo) que estén disponibles usualmente durante las horas escolares y que hayan estado de acuerdo en cuidar y proveer transporte para su estudiante en caso de que él/ella se ponga grave o se lesione y no se le pueda a contactar a usted directamente. Siempre se intenta contactar a los padres primero.

Nombre	Dirección	Relación al estudiante	Teléfono durante el día:
Nombre	Dirección	Relación al estudiante	Teléfono durante el día:
Nombre	Dirección	Relación al estudiante	Teléfono durante el día:

**INFORMACIÓN SOBRE LA CUIDADORA DE NIÑOS:**

Nombre	Dirección	Teléfono durante el día
--------	-----------	-------------------------

**PREVIOUS SCHOOL INFORMATION**

<b>NOMBRE DE LA ESCUELA PREVIA:</b>	<b>DIRECCIÓN (incluya ciudad, estado y código postal)</b>
<b>TELÉFONO: DE LA ESCUELA PREVIA:</b>	<b>NUMERO DE FAX DE LA ESCUELA PREVIA:</b>  (    )
<b>GRADO AL QUE ENTRA</b>	Persona de contacto (si lo sabe):
¿Su hijo ha sido retenido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si es así qué grado?

**TRANSPORTE:**

¿Usará su estudiante el servicio de transporte ofrecido por el distrito escolar?			
En la mañana:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En la tarde:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si indica que si, por favor indique lo siguiente: <i>(si no a la casa, por favor incluya NOMBRE y TELÉFONO de la dirección diferente):</i>			
Lugar para recoger en la Mañana (AM)			
Lugar en que el bus <b>dejará</b> al estudiante en la tarde:			



**HOJA DE VERIFICACIÓN PARA EL IEP:**

<b>Nombre del estudiante</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
<b>Nombre del padre/encargado/tutor</b>	<b>Grado</b>

Para poder servirle a su niño (a) de la mejor manera, por favor completar lo siguiente como sea relevante:

**¿Aplica cualquiera de las siguientes determinaciones a su estudiante de acuerdo a la escuela anterior? Por favor marcar todas las que apliquen a su caso:**

<input type="checkbox"/> El estudiante tiene un IEP (PEI)	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene un GIEP (talento)
<input type="checkbox"/> El estudiante recibió los servicios de Habla/Lenguaje	<input type="checkbox"/> El estudiante recibió Terapia Física
<input type="checkbox"/> El estudiante recibió terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> El estudiante recibió apoyo emocional
<input type="checkbox"/> El estudiante recibió apoyo Aprendizaje servicio	<input type="checkbox"/> El estudiante recibió apoyo de Autismo
<input type="checkbox"/> El estudiante es sordo/tiene impedimento de audición	<input type="checkbox"/> El estudiante es ciego/tiene impedimento visual
<input type="checkbox"/> El estudiante recibió apoyo de lectura (Título 1)	<input type="checkbox"/> El estudiante recibió adaptiva Física educación
<input type="checkbox"/> El estudiante recibió alternativo educación servicio	<input type="checkbox"/> El estudiante tiene un 504 plan
<input type="checkbox"/> Plan de Salud Individual	<input type="checkbox"/> Otro (proveer una lista)

**Comentarios o información adicional que pueda ayudar con el cuidado y la educación de su niño (a).**

---



---



---

<i>District Use Only</i>		
<b>School:</b>	<b>Date Registered:</b>	<b>Date of Entry:</b>
<b>Student Grade:</b>	<b>PA Secure ID #</b>	<b>Local Student ID #</b>
<b>Birth Verification Document:</b> <input type="checkbox"/> Birth Cert. <input type="checkbox"/> Other	<b>Proof of Residency Document:</b>	<b>Proof of Guardianship:</b> Affidavit required <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>IEP Attached:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Other Documents:</b>	



**HISTORIAL DE SALUD – Estudiante nuevo**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Masculino                       Femenino

**HISTORIAL MEDICO: POR FAVOR MARQUE EL CUADRO APROPIADO. SI CONTESTA SI, POR FAVOR PROVEER LAS FECHAS Y COMENTARIOS.**

¿Se considera alguna de estas condiciones como “poniendo en riesgo” a la vida?                       Si                       No

Si contesta si, por favor notificar a la enfermera escolar para mayores instrucciones de protección para su niño (a).

	SI		NO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ADD/ADHD (si contesta si, toma medicinas su niño (a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Que medicina? _____)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Genitourinario
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>ALERGIAS (picadas de abejas, alimentos, otros)</b> EPI Pen/otra medicina (ponga en circulo) <b>Es la alergia a los alimentos riesgosa para la vida?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas de audición o tubos en los oídos.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ASMA Inhalador/Medicación oral (ponga en circulo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hipertensión
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DIABETES Oral/Compresor/Inyección (ponga en circulo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza (Por favor detallar en la sección de comentarios)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRASTORNO CONVULSIVO Liste las medicinas: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad maligna
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento/del desarrollo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sangrado de la nariz
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trastornos de la Sangre/Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Problemas ortopédicos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Condición cardiovascular/Soplo del Corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trastorno psiquiátrico
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Varicela (edad ____ fecha ____)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad de célula falciforme
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Déficit de la visión/color
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trastorno alimentario/peso/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis/Enfermedad reumática
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Parálisis cerebral
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Síndrome Tourette

Comentarios:



**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

La Ley Estatal de Inmunizaciones (vacunas) requiere que todos los niños entrando a la escuela por primera vez tengan las vacunas listadas abajo. Para poder acatarse a esta ley, el distrito requiere un record (expediente) de vacunas correcto de todos los niños que entran a la escuela.

**RECORD DE VACUNAS**

Adjuntar una copia del Record de Vacunas

Todos los estudiantes en los grados indicados necesitan las siguientes vacunas antes de empezar la escuela:

- 4 DTP o TD (Difteria/Tétanos/Tos Ferina) con una vacuna puesta en o después del 4to cumpleaños (K-12)
- 1 Tdap (Boostrix o Adacel) (Grado 7)
- 4 Polio (K-12) con una vacuna puesta en o después del 4to cumpleaños (K-12)
- 2 MMR (Sarampión/Paperas/Rubeola) (K-12)
- 3 Hepatitis B (Administradas en los plazos apropiados) (K-12)
- 2 Varicela (chickenpox) o fecha en que se padeció la enfermedad (K-12)
- 2 Menactra (Meningitis) (uno en el Grado 7 y uno en el Grado 12)

Reviewed by School Nurse: \_\_\_\_\_  
Complete \_\_\_\_\_ Incomplete \_\_\_\_\_

He sido notificado (a) que la ley estatal requiere que mi hijo (a) reciba una **examinación física y dental** para entrar a la escuela. Comprendo que si los formularios completos del médico y dentista privados no son recibidos de la escuela anterior o si yo no los entrego, mi niño (a) será examinado por el médico y/o dentista escolar y puede ser transportado a otro edificio para esta examinación.

**Firma del Padre/Tutor/Encargado** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Doctor del niño (a)	Dirección	Teléfono
Dentista del niño (a)	Dirección	Teléfono

¿Desea hacer la cita para una conferencia con la enfermera escolar para discutir cualquiera información en el Historial de Salud?      Si    No

Rutina en caso de una enfermedad o accidente grave: En todos los casos el bienestar del niño es nuestra primera consideración.

- 1) Se contacta a los padres
- 2) Si no se puede hacer contacto, se llama al médico de familia o al pediatra
- 3) En caso de que no se puede hacer contacto con los padres ni el médico, se hará contacto con 911 si es necesario y/o el estudiante será transportado al hospital más cercano.

**Si uno de los dos padres no está de acuerdo con este procedimiento, él/ella deberá notificar a la escuela y presentar un plan de acción alterna para el cuidado de su niño (a).**





REQUEST FOR TRANSFER OF EDUCATIONAL RECORDS

Nosotros/por la presente autorizamos (We/I hereby authorize):

Nombre de la Escuela Previa (Previous School Name): \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_ (need help with this?)

Numero de Fax (Fax Number): \_\_\_\_\_

El permiso del comunicado de los expedientes de (To release information from the records of):

El estudiante (Student): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Al Distrito Escolar del Área de Gettysburg con el propósito de matricular al estudiante (To the Gettysburg Area School District for the purpose of): matricular al estudiante en GASD (student registration/enrollment)

- Los Expedientes Académicos incluyendo las tarjetas de calificación, certificado de estudios, records cumulativos Academic Records including report cards, transcripts, cumulative records
- Records de salud y vacunas, incluyendo los records dentales Health and immunization Records, including dental records
- Record Disciplinario incluyendo el uso de armas, violencia o cargos por alcohol o drogas Discipline Records including weapons, violence or drug/alcohol charges
- Records de Asistencia Escolar Attendance Records
- Pruebas incluyendo los puntajes estándares de las pruebas, marcos de referencia o estándar de comparación, aprovechamiento académico, etc. Testing including standardized test scores, benchmark, academic achievement, etc.
- Records de educación especial, incluyendo el IEP (PEI), los Reportes de Evaluación y Reevaluación, los reportes de monitoreo de progreso, Asesoramientos de servicios especiales tales como servicios psicológicos, Capítulo 15 Acuerdo de Servicio, vocacional, etc. Special Education Records, including IEP, Evaluation and Reevaluation reports, progress monitoring reports Special Services Assessments such as psychological, Chapter 15 Service Agreement, vocational, etc
- Numero de Identificación Seguro de PA (para estudiantes de PA) PA Secure ID number (for PA Students)

Este consentimiento deberá comenzar en (consent shall begin on) \_\_\_\_\_ y terminar en (and end on) \_\_\_\_\_.\* (no más de un año -) no more than one year

Reconozco haber recibido la notificación de esta transferencia de records como lo requiere el Acto de Privacidad de los Derechos Educativos de Familias de 1974 y comprendo que tengo la oportunidad de una audiencia para inspeccionar y revisar cualquiera de los records o todos los records escolares oficiales. Yo comprendo que la información transferida será tratada de forma confidencial y que no será transmitida a ninguna otra tercera parte sin mi debido consentimiento. No se requerirá el permiso de los padres cuando los records sean solicitados por el personal escolar para el estudiante que esta matriculándose o que haya sido matriculado en el sistema escolar.

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor/Encargado/Sustituto

\_\_\_\_\_  
Relación al estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del

Return information to:

\_\_\_\_\_  
(School address)

\_\_\_\_\_  
(Fax Number)

p.7



**Declaración del padre de familia para la inscripción**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de**

**nacimiento** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_ **Numero del teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre/tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

El Código escolar( §13-1304-A) de Pennsylvania especifica, en una sección, "Antes de la admisión a cualquier entidad escolar, el padre, la madre, el tutor legal o cualquier otra persona que tenga control o se encuentra a cargo de un estudiantes deberá, al momento del inscripción, presentar un testimonio o una declaración jurada en la que indique si el estudiante estuvo o esta actualmente suspendido o expulsado de alguna escuela publico o privada de este Estado o de cualquier otro estado por algún acto criminal relacionado con armas, alcohol o frogas, por haber causado intencionalmente lesiones a otra persona, o por cualquier acto del violencia cometido en la propiedad escolar".

Complete la siguiente sección:

Por la presente, juro y declaro que mi hijo(a):

<input type="checkbox"/> fue suspendido anteriormente	<input type="checkbox"/> fue expulsado anteriormente
<input type="checkbox"/> NO fue suspendido anteriormente	<input type="checkbox"/> NO fue expulsado anteriormente
<input type="checkbox"/> esta actualmente suspendido	<input type="checkbox"/> esta actualmente expulsado
<input type="checkbox"/> NO esta actualmente suspendido	<input type="checkbox"/> NO esta actualmente expulsado

De alguna escuela pública o privada de esta Estado o de cualquier otro por acto criminal relacionado con armas, alcohol o drogas, por haber causado intencionalmente lesiones a otra persona, o por cualquier acto de violencia cometido en la propiedad escolar. Realizo la presente declaración sujeto a las sanciones de 24 P.S. § 13-1304-A(b) y 18 Pa. C.S,A §4904, respecto de falsificaciones no juradas a las autoridades, y declaro que los datos del presente documento son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender.

Si esta estudiante ha estado o esta suspendido o expulsado de otra escuela, complete lo siguiente:

Nombre de la escuela de la que fue suspendido o expulsado: \_\_\_\_\_

Fechas de suspensión o expulsión: \_\_\_\_\_

(Indique las escuelas y fechas adicionales de expulsión o suspensión al dorso de esta página)

Motivo de las suspensión/expulsión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/tutor legal**

**Fecha**

*Toda declaración falsa realizado arriba implicara un delito menor de tercer grado. Esta formulario será parte del registro de disciplina del estudiante.*



CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

La oficina de derechos civiles de los Estados Unidos requiere que las escuelas identifiquen posibles estudiantes aprendices del idioma inglés durante la inscripción. Este estudio Inicio lengua se utilizará como una herramienta para determinar si su niño es elegible para servicios de apoyo de lengua (ELL). Si tu o tu hijo utiliza un idioma distinto del inglés y su hijo cumple con la limitada definición de dominio inglés, la escuela puede darle a su niño una evaluación de dominio de idioma inglés. La escuela compartiendo con ustedes los resultados de la evaluación.

1. ¿Qué idioma se habla en casa? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué idioma (s) usas más para hablar con su hijo? \_\_\_\_\_
3. ¿Qué idioma usa su niño más en casa? \_\_\_\_\_
4. ¿Qué idioma (s) aprendió su niño cuando él o ella primero comenzó a hablar? \_\_\_\_\_
5. ¿En qué idioma prefiere recibir información de la escuela? \_\_\_\_\_

5. ¿El estudiante ha asistido alguna escuela de los Estados Unidos? Si  No

En caso afirmativo, por favor complete el continuación:

Nombre de escuela	Estado	Fechas de asistencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Signature/Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**CUESTIONARIO SOBRE LA RESIDENCIA DE ESTUDIANTES/FAMILIAS**

Es posible que su niño (a) sea elegible a recibir los servicios de educación adicionales por medio de los Programas Titulo I Parte A, Titulo I, Parte C – Migratorios, y/o por medio del Acto Federal McKinney-Vento. La elegibilidad a estos programas se determina completando este cuestionario.

1. Al presente, ¿está usted o su familia viviendo en una de las siguientes situaciones? Marque todas las que apliquen a su situación:

- Nos quedamos en un albergue o refugio (refugio familiar, refugio para víctimas de la violencia domestica, refugio para jóvenes) o en un tráiler o casa rodante de FEMA.
- Esperamos una colocación familiar temporal (foster care)
- Nos dan posada en la casa de otras personas ya que perdimos nuestra vivienda, tenemos desventajas económicas o por razones similares.
- Vivimos en un carro, un parque público, un campamento, un edificio abandonado, o tenemos otro tipo de vivienda inadecuada.
- Vivimos temporalmente en un motel o en un hotel debido a la perdida de vivienda, desventaja económica o razón similar.
- Vivo solo como estudiante menor con adulto (niños sin guardas legales)

Si usted ha marcado cualquiera de los cuadros arriba, por favor completar el resto de este formulario y presentarlo al personal escolar. Si usted no ha marcado ningún cuadro, usted no necesita completar o presentar este formulario.

2. Por favor liste todos los niños que viven con usted. **UNA SOLA forma por familia.**

Primer nombre	Inicial	Apellido	M/F	Fecha de nacido	Grado	Escuela

**El infrascrito padre/tutor legal/guarda legal certifica que la información provista arriba es verídica.**

\_\_\_\_\_ Nombre

de padres/Tutores

Firma

Fecha

\_\_\_\_\_ (Código

del área) Número telefónico

Dirección

Ciudad

Sus niños tienen el derecho a:

- Continuar asistiendo a la escuela en la escuela a la cual asistieron antes de trasladarse, moverse o verse afectados por el cambio de domicilio (escuela de origen)
- Recibir transporte a la escuela de origen.
- Matricularse en la escuela sin dar una dirección permanente y asistir a las clases mientras la escuela arregla la transferencia, las constancias de vacunas, u otros documentos requeridos para la matricula.
- Recibir los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, como se provee a todos los demás niños servidos en estos programas.
- Tener las disputas de matricula tratadas rápidamente.

Empleado ayudando con este proceso: \_\_\_\_\_



**GETTYSBURG AREA SCHOOL DISTRICT**  
*A Great Place To Learn*

**Gettysburg Area School District**  
**900 Biglerville Road**  
**Gettysburg PA 17325**  
**(717)334-6254**

**Programa de Migrante Educación**  
**School Referral Form –**  
**Gettysburg Area School District**



Esta forma es para determinar si sus hijos (de las edades de 0 a 21 años) pueden calificar para los servicios adicionales suplementarios de educación que el Programa de Educación para Migrantes ofrece GRATIS. Nosotros nos comunicaremos con ustedes a base de sus respuestas.

**TODA LA INFORMACIÓN SERÁ MANTENIDA CONFIDENCIAL. UNA SOLA forma por familia**

Nombre de padre/madre o encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección Residencial \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombres de sus hijos \_\_\_\_\_

**Por favor conteste “sí” o “no” si le corresponde.**

¿Se ha mudado usted o algún miembro de su familia de otro país, ciudad o distrito escolar en los pasados 3 años?      Sí      No

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados tres (3) años?      Sí      No

- Cualquier trabajo Agrícola (como plantando, seleccionando, cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles). Trabajando en una lechería.



- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas, pollo, pavo o carnes.



Si sus hijos califican para el programa de Educación para Migrantes, en algunas áreas se ofrecen servicios suplementarios en el hogar, programa de verano, actividades para asistencia a llegar a la universidad y ayuda para conseguir servicios de otras agencias para ayudar a sus hijos y a usted. También sus hijos recibirán el almuerzo en la escuela gratis.

**Si usted tiene preguntas por favor llame a:** Michael Hannum – Coordinator – 717-253-7374, mwhannum@iu12.org  
 65 Billerbeck Street P.O. Box 70 New Oxford, PA 17350

Phone: (717) 624-4616 Fax: (717) 334-9608

*The Lincoln Intermediate Unit does not discriminate on the basis of race, religion, ancestry, age, sex or disability in employment or provision of services.*