

# Aceptado para la inscripción como admisión para la corporación Para el año escolar 2020/2021

---

## Documentación:

- Acta de nacimiento original con sello de notario/a u otra documentación de ambos
- Registro de vacunas
- Documentación de Educación Especial (Es decir, Plan de Educación Individualizada (*IEP*), la última evaluación psicológica y de los exámenes pertinentes)
- Documentación de retiro o el nombre y la dirección de la escuela que asistió anteriormente
- Documentación de un examen físico (vea más abajo para más información)
- Comprobantes de residencia (2 requeridos – vea más abajo para más información)

## Documentos para la verificación de residencia (se necesita 2):

- Recibos de servicios – NIPSCO y del agua  
(no se aceptan de celular/teléfono/cable)
- Licencia de manejo con domicilio actual
- Registro de vehículo con domicilio actual
- Talones o cheques con domicilio actual
- Carta de notificación de ayuda pública
- Carta de notificación de beneficios del seguro social
- Hipoteca/cierre de la operación hipotecaria o Copia original del contrato de arrendamiento
- Forma de sus ingresos anuales (W-2)
- Declaración de impuestos (Formas 1040, 1040A, 1040EZ)
- Matricula Consular (tarjeta de residencia de los Estados Unidos)

## Documentos para físicos y vacunas:

- **Primaria: Grado (1-5)** se requiere un examen físico y un registro documentado de todas las vacunas antes de la inscripción.
- **Secundaria: Grado (6-8)** - Vacunas requeridas para estudiantes que ingresan a 6° grado:
  - Tdap** (tétanos, difteria y tos ferina y # 1 **MCV4** (meningocócica)
  - HPV** (Se recomienda el papiloma humano)
  - El examen físico actual es muy recomendable.
- **Secundaria: Grados (9-12)** - deben tener el #2 **MCV4** (meningococcal).
- **Cualquier estudiante que ingrese a SCH por primera vez debe tener un examen físico actualizado y un registro de vacunación**

Sin embargo, si su estudiante piensa en participar en un deporte un físico atlético de la IHSAA si es requerido.

**Nota:** De acuerdo al Manual de Asistencia del Departamento de Educación de Indiana un tutor no tiene que tener un certificado de nacimiento para su estudiante para poder inscribirlos en la escuela; nomas un comprobante de la fecha de nacimiento del estudiante que se considera creíble. **Un/a niño/a no podrá ser rechazado por falta de documentación.** Si la familia no puede producir la documentación, la escuela tendrá que reportar el nombre del niño/a al:

Indiana Clearinghouse on Missing and Exploited Children  
(Indiana State Police)  
State Office Building  
100 N. Senate Ave.  
Indianapolis, Indiana 46204  
1-800-831-8953

**FORMA DE INSCRIPCIÓN DE LA CIUDAD ESCOLAR DE HAMMOND**

AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_ ESCUELA DE INSCRIPCIÓN \_\_\_\_\_ Grado de Primaria \_\_\_\_\_ Grado de Secundaria \_\_\_\_\_  
 Grado de Preparatoria \_\_\_\_\_

STN#	Apellido del Estudiante	Segundo Nombre	Nombre	Número de Identificación del Estudiante
Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	Raza	Edad	

Domicilio	Ciudad/Estado	Código Postal	Teléfono de Casa	Teléfono Celular
-----------	---------------	---------------	------------------	------------------

¿Quién es el tutor(es) legal(es) del niño(a)? CIRCULE UNA DE LAS OPCIONES DE ABAJO. Si el nombre(s) es diferente al que aparece en el acta de nacimiento debe proporcionar documentación legal/de la corte.

Mamá y Papá    Solamente Mamá    Solamente Papá    Tutor Legal    Padre de Crianza/Adopción    Mamá y Padrastro    Papá y Madrastra

¿Hay alguna restricción legal referente a este estudiante? NO \_\_\_ Sí \_\_\_ Si la respuesta es Sí, debe proporcionar copia de la sentencia de divorcio, orden judicial, etc.

**Tutor #1**

Apellido	Segundo Nombre	Nombre
Domicilio	Ciudad/Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Correo Electrónico

**Tutor #2**

Apellido	Segundo Nombre	Nombre
Domicilio	Ciudad/Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Correo Electrónico

Escuela anterior a la que asistió \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Fecha en que dejó la escuela anterior \_\_\_\_\_ ¿El estudiante ha asistido a alguna escuela en INDIANA? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Si la respuesta fue Sí, proporcione la fecha(s) \_\_\_\_\_

Nombre de la ÚLTIMA escuela de INDIANA a la que asistió \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
 ¿El estudiante ha asistido a alguna escuela en Hammond? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha tomado la Evaluación de Fin de Curso (ECA)? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Copia de los resultados (solo preparatoria) Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Está el estudiante en El Programa Educación Especial o en un Plan 504? No \_\_\_ Sí \_\_\_ ¿Copia del Plan 504? \_\_\_\_\_ ¿Copia del IEP? \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante CUALQUIER disciplina pendiente (e.g., Expulsiones)? No \_\_\_ Sí \_\_\_ Si la respuesta fue Sí, por favor provea una explicación por escrito: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:**

Familiar o Amigo	Domicilio (diferente a la del estudiante)	Teléfono
Hermanos:		
Apellido    Segundo Nombre    Nombre    Grado/Escuela a la que asiste		
Apellido    Segundo Nombre    Nombre    Grado/Escuela a la que asiste		
Apellido    Segundo Nombre    Nombre    Grado/Escuela a la que asiste		
Apellido    Segundo Nombre    Nombre    Grado/Escuela a la que asiste		

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del Administrador/Consejero: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:**
- |  |   |  |
|--|---|--|
| _____ Acta de nacimiento                             | _____ Comprobante de domicilio            | _____ Otro: _____                          |
| _____ Reporte de calificaciones actual               | _____ Número de Seguro Social y/o tarjeta |  |
| _____ Documentos de custodia                         | _____ Recibió Manual del Estudiante       |  |
| _____ Resultados del examen ECA                      | _____ Estudiante ha sido colocado por el  | _____ Iniciales del Personal de la Oficina |
| _____ Forma del almuerzo gratis o reducido           | _____ Departamento de Bienestar Público   |  |
| _____ Registro de Salud                              | _____ Boleta de calificaciones            |  |
| _____ Forma de HLS                                   | _____ Forma de transferencia              |  |
| _____ Estudiante de Indiana 21 <sup>st</sup> Century |   |  |

Ciudad Escolar de Hammond: Formulario de Inscripción de Servicios de Salud

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor(s): \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_

Números de teléfono

Madre: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Padre: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Alergias – Por favor apunte cualquier cosa que le cause una alergia (comida, medicina, el medio ambiente).

Problemas de salud – Por favor apunte problemas (crónicas) de salud; incluyendo reciente enfermedades, una lesión, cirugía o hostilización.

Le doy permiso a la Ciudad Escolar de Hammond, para divulgar la siguiente información relacionada con mi niño al Departamento del Estado de Indiana de la Salud Infantil y el Programa de Registro de Vacunación Hoosiers (llamado CHIRP):

**Nombre, Fecha de Nacimiento, Datos de Inmunización/Vacunas**

Comprendo que la información en el registro de mi niño puede ser utilizado para verificar si mi niño ha recibido las inmunizaciones/vacunas apropiadas y para informarle a mi niño o a mi del estatus de vacunación o que una vacuna se debe (hace falta) acuerdo al calendario de vacunaciones recomendadas.

Comprendo que la información de mi niño tal vez sea disponible al registro de datos de inmunización de otro estado, un proveedor de atención médica o la persona designada por un proveedor, un departamento local de salud, una escuela primaria, secundaria o preparatoria, un centro de cuidado infantil, la Oficina de póliza o planeación o un contratista de la Oficina de póliza y planeación de Medicaid, una agencia de colocación de niños con licencia, y un colegio o universidad. También entiendo que otras entidades pueden ser añadidas a esta lista mediante modificación de IC 16-38-5-3.

Doy mi consentimiento para la divulgación de dicha información.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor en letra de molde \_\_\_\_\_



## Recopilación de Datos Raciales y Étnicos

08.08.19

Aunque el departamento no reporta datos individuales de estudiantes o personal al gobierno federal, se reporta el número total de estudiantes y personal por raza y etnia de cada escuela. Las siguientes secciones definen cómo se recopila la raza y la etnia utilizando una pregunta de dos partes, cómo se utiliza la identificación de los observadores para los estudiantes que nos son auto identificativos y una visión general de los datos raciales y étnicos del Departamento de Educación de Indiana.

### Preguntas en dos partes para estudiantes y personal

Distritos deben recopilar información de los estudiantes y personal sobre raza y etnicidad utilizando la *pregunta en dos partes*. El respondedor deberá responder las dos preguntas. Los distritos deberán implementar la re evaluación de los estudiantes en el 2009-2010 para ser reportados en Julio del 2010. Los formularios de inscripción del distrito deberán ser implementados en la pregunta en dos partes para todos los matriculados en el otoño del 2010. Los distritos deberán planear en capacitar a su personal en asistir a sus matriculados en responder la pregunta en dos partes. **Por ejemplo:**

---

**Raza y Etnicidad:** (Note: Ambas parte 1 y 2 de la pregunta deberán ser contestadas.)

---

**Parte 1: Etnicidad**

¿Es este individuo Hispano/Latino? (Escoger una)

- No, no Hispano/Latino
- Si, Hispano/Latino (Una persona cubana, mexicana, puertorriqueño, sur o centro Americano, u otra raza cultura u origen español, independientemente de la raza.)

---

**Parte 2: Raza**

Cuál es la raza del individuo? (Escoja una o más)

- Indio Americano o Nativo de Alaska:** Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario.
- Asiático:** Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente Indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.
- Negro o Afroamericano:** Una persona que tiene su origen en cualquiera de los grupos raciales negros en África.
- Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífica:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái. Guam, Samoa, u otras Islas del Pacífica.
- Blanca:** Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente, África del Norte.

**El Programa de Educación Migrante (MEP) provee servicios educativos suplementarios a niños que califican a través de fondos nacionales. El propósito del MEP es asegurar que todos los estudiantes migrantes tengan éxito académico y que se gradúen con su diploma (o que completen el GED/HSE).**

**ENCUESTA DE TRABAJO**

Gracias por contestar las siguientes preguntas. Si su hijo/a es elegible para el Programa de Educación Migrante, podría recibir apoyo educativo adicional. La información es **completamente confidencial**.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Nombres de los Padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de los Padres: \_\_\_\_\_

1. ¿Durante los **últimos 3 años**, se ha mudado su(s) hijo(s) por cualquier razón? **SÍ** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_
2. ¿Se ha mudado alguien de su familia dentro de los Estados Unidos para buscar trabajo temporal o de temporada en algo relacionado con la agricultura? **SÍ** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

Si contestó **NO** a cualquiera de las dos preguntas, favor de parar aquí. 

Si contestó **SÍ**, favor de continuar.

3. ¿Cuándo fue la última vez que usted o un miembro de su familia se mudó para trabajar en la agricultura? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

4. Por favor marque en la parte abajo la actividad agrícola en que usted buscó trabajo o trabajó.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Matadero de patos, pavos, pollos, cerdos o vacas | <input type="checkbox"/> Enlatar o congelar verduras o frutas en la bodega |
| <input type="checkbox"/> La espiga (maíz)                                 | <input type="checkbox"/> Trabajar en la siembra o cosecha de césped        |
| <input type="checkbox"/> Cultivar tabaco                                  | <input type="checkbox"/> Plantar, emparejar o cortar árboles               |
| <input type="checkbox"/> Pollería o granja de huevos                      | <input type="checkbox"/> Granja de vacas lecheras                          |
| <input type="checkbox"/> Plantar o cosechar verduras o frutas             | <input type="checkbox"/> Cultivar y cosechar flores                        |
| <input type="checkbox"/> Trabajar en un criadero de peces                 | <input type="checkbox"/> Trabajar en la cría de plantas                    |

Por favor escribe los nombres de todos los niños, menores de 22 años de edad, que viven con Usted.

Nombre del niño(a)	Fecha de nacimiento
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	



Glenda Ritz, NBCT  
Indiana Superintendent of Public Instruction

El Programa de Educación Migrante (MEP) provee educación y servicios suplementarios a niños que califican a través de fondos nacionales. El propósito de MEP es asegurar que todos los estudiantes migrantes tengan éxito académico y que se gradúen con su diploma (o que completen el GED)

**ENCUESTA DE TRABAJO**

Gracias por contestar las siguientes preguntas. Si su hijo(a) resulta elegible para el Programa de Educación Migrante, podría recibir apoyo educativo adicional. La información es **totalmente confidencial**.

Nombres de los Padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

1. ¿Cuanto tiempo han vivido en esta ciudad/distrito escolar? \_\_\_\_\_
2. Durante los **últimos tres años**, ¿Se han mudado sus hijos o han cambiado de distrito escolar dentro de los Estados Unidos, solos, con un padre o pariente, para que esa persona pudiera buscar trabajo temporal o de temporada en algo relacionado con la agricultura?  
**SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_ Sí contestó **NO**, favor de parar aquí.

Sí contestó **SI**, favor de continuar.

3. ¿Cuando fue la última vez que usted o un miembro de su familia se mudó para trabajar en la agricultura? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
4. Por favor marque en la parte abajo la actividad agrícola en la cual usted buscó trabajo o trabajó.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Matadero de patos, pavos, pollos, cerdos o vacas | <input type="checkbox"/> Enlatar o congelar verduras o frutas en la bodega |
| <input type="checkbox"/> La espiga (maíz)                                 | <input type="checkbox"/> Trabajar en la siembra o cosecha de césped        |
| <input type="checkbox"/> Cultivar tabaco                                  | <input type="checkbox"/> Plantar, emparejar o cortar árboles               |
| <input type="checkbox"/> Pollería o granja de huevos                      | <input type="checkbox"/> Granja de vacas lecheras                          |
| <input type="checkbox"/> Plantar o cosechar verduras o frutas             | <input type="checkbox"/> Cultivar y cosechar flores                        |
| <input type="checkbox"/> Trabajar en un criadero de peces                 | <input type="checkbox"/> Trabajar en la cría de plantas                    |

Por favor escribe los nombres de todos los niños, menos de 22 años de edad, que viven con usted.

Nombre del niño(a)	Fecha de nacimiento
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	