

Bienvenidos a Las Escuelas Públicas de North Providence



1820 Mineral Spring Avenue

North Providence, RI 02904

401-233-1100

Paquete de Registro



# NORTH PROVIDENCE PUBLIC SCHOOLS

1820 Mineral Spring Avenue, North Providence, RI 02904  
401.233.1100 | TDD: 800.745.6575 | FAX: 401.349.5777

## ADMINISTRATION

Joseph B. Goho, *Superintendent*  
Louise K. Seitsinger, M.Ed., *Assistant Superintendent*  
Lisa Casinelli, *Finance Director*  
Cynthia VanAvery, M.Ed., *Student Services Director*  
Matthew Hicks, *Human Resources Director*  
David McNally, *Data Director*

## SCHOOL COMMITTEE

Dr. Frank Pallotta, *Chair*  
Roderick E. DaSilva, *Vice Chair*  
Arthur Corsini  
Kristi Mangiocca  
Anthony Mariorenzi, Jr.  
Thomas Norato  
Gina M. Picard, M.Ed.

¡Bienvenidos a las Escuelas Públicas de North Providence! Se necesitan los siguientes documentos para completar la inscripción de su hijo(a):

- Prueba de residencia** TODOS son requeridos
  - Declaración jurada de residencia notariada (dueños de casa y arrendadores) *ver adjunto*
  - Declaración jurada del arrendador (solo arrendadores) *ver adjunto. Utilice la version en inglés o en español.*
  - Estado de cuenta hipotecario (dueños de casa) o contrato de arrendamiento (arrendadores)
  - Una factura de servicios públicos (dueños de casa y arrendadores)  
*Por favor refiérase al documento Residencia para mas detalles*
- Prueba de identificación**
  - Certificado de nacimiento (original)
  - Identificación del padre o tutor
- Prueba escrita de las siguientes vacunas**
  - 5 dosis de la vacuna DTP/DTaP (difteria, tétanos, tos ferina) (4 dosis si la última dosis fue administrada después del cuarto cumpleaños)
  - 4 dosis de la vacuna contra el polio (3 dosis si la última fue administrada después del cuarto año)
  - 2 dosis de la vacuna MMR (sarampión, paperas, rubéola)
  - 3 dosis de la vacuna contra la Hepatitis B
  - 2 dosis de la vacuna contra la varicela (varicela) (o una nota firmada por el médico de su hijo afirmando que el niño ha tenido la enfermedad de la varicela)
- Prueba de Montoux (PPD) Tuberculosis** — Por el Departamento Escolar de North Providence, el PPD se requiere solo si ingresa fuera del país.
- Evidencia de un examen físico** de los últimos doce meses antes del comienzo de la escuela.
- Examen de la vista** (se puede hacer durante el examen físico)
- Prueba de detección de plomo** (sólo para estudiantes entrando a Kindergarten)

El certificado de nacimiento y otros documentos originales serán devueltos inmediatamente. Los otros documentos se mantendrán en la escuela como parte del registro escolar de su hijo(a).

**Para Kindergarten:** Los niños deben tener 5 años cumplidos al o antes del primero de Septiembre del año escolar para entrar a kindergarten.

Todas las inscripciones deben llevarse a la oficina principal al 1820 de la Avenida Mineral Spring. **No aceptamos inscripciones incompletas, o recibidas por fax, correo o correo electrónico.**

Las Escuelas Públicas de North Providence no discriminan por motivos de raza, color, religion, origen ancestral, sexo, orientación sexual, identidad o expression de género, discapacidad, estado civil, ciudadanía, información genética o cualquier otra característica protegida por la ley. Las personas con discapacidades deben comunicarse con la oficina del superintendente para solicitar adaptaciones razonables para participar en un programa o actividad patrocinada por las Escuelas Públicas de North Providence.



# I Speak Statements

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unë flas <b>shqip</b> (Albanian)                    | <input type="checkbox"/> N̄ a po <b>Klào</b> Win. (Kru)                            |
| <input type="checkbox"/> አማርኛ እናገራለሁ (Amharic)                               | <input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າ ພາສາລາວ. (Lao)                            |
| <input type="checkbox"/> انا اتكلم اللغة العربية. (Arabic)                   | <input type="checkbox"/> Yie gorngv <b>Mienh</b> waac. (Mien)                      |
| <input type="checkbox"/> Ես խոսում եմ <b>հայերեն</b> (Armenian)              | <input type="checkbox"/> म <b>नेपाली</b> बोल्छु (Nepali)                           |
| <input type="checkbox"/> আমি বাংলা ভাষী। (Bengali)                           | <input type="checkbox"/> Mówię <b>po polsku</b> . (Polish)                         |
| <input type="checkbox"/> Ja govorim <b>bosanski jezik</b> (Bosnian)          | <input type="checkbox"/> Eu falo <b>Português</b> . (Portuguese)                   |
| <input type="checkbox"/> ကျွန်တော်ပြန်ဟောကားပြောသည်။ (Burmese)               | <input type="checkbox"/> ਇ ਸੁਪੇਆਕ ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)                                 |
| <input type="checkbox"/> 我说中文 (Chinese Simplified)                           | <input type="checkbox"/> Cunosc limba <b>Română</b> . (Romanian)                   |
| <input type="checkbox"/> 我說中文 (Chinese Traditional)                          | <input type="checkbox"/> Я говорю <b>по-русски</b> . (Russian)                     |
| <input type="checkbox"/> Ja govorim <b>hrvatski</b> . (Croatian)             | <input type="checkbox"/> Ou te tautala <b>faaSamoa</b> . (Samoan)                  |
| <input type="checkbox"/> اینجانب به زبان فارسی صحبت می کنم (Farsi)           | <input type="checkbox"/> Govorim <b>srpski</b> . (Serbian)                         |
| <input type="checkbox"/> Je parle <b>français</b> . (French)                 | <input type="checkbox"/> Waxaan ku hadlaa <b>Somali</b> . (Somali)                 |
| <input type="checkbox"/> Je parle le <b>Français haïtien</b> (French Creole) | <input type="checkbox"/> Yo hablo <b>español</b> . (Spanish)                       |
| <input type="checkbox"/> Μιλάω <b>ελληνικά</b> . (Greek)                     | <input type="checkbox"/> أتحدث <b>السودانية</b> (لغوي سوداني) (Sudanese)           |
| <input type="checkbox"/> ડું ગુજરાતી બોલુ છું (Gujarati)                     | <input type="checkbox"/> Marunong po akong magsalita ng <b>Tagalog</b> . (Tagalog) |
| <input type="checkbox"/> Mwen pale <b>Kreyòl</b> . (Haitian Creole)          | <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าพูด ภาษาไทย (Thai)                                |
| <input type="checkbox"/> मैं <b>हिंदी</b> बोलता हूँ (Hindi)                  | <input type="checkbox"/> አካ ትግርኛ ይዘረብ እየ. (Tigrinya)                               |
| <input type="checkbox"/> Kuv hais <b>lus hmoob</b> . (Hmong)                 | <input type="checkbox"/> Я розмовляю <b>українською</b> . (Ukrainian)              |
| <input type="checkbox"/> Ana m a sụ <b>Igbo</b> (Igbo)                       | <input type="checkbox"/> میں اردو بولتا/ بولتی ہوں. (Urdu)                         |
| <input type="checkbox"/> Parlo <b>Italiano</b> (Italian)                     | <input type="checkbox"/> Tôi nói tiếng <b>Việt</b> . (Vietnamese)                  |
| <input type="checkbox"/> 私は日本語を話します (Japanese)                               | <input type="checkbox"/> ייִדיש רעד אײך (Yiddish)                                  |
| <input type="checkbox"/> Mi chat <b>Jamiekan langwjjj</b> (Jamaican Creole)  | <input type="checkbox"/> Mo gbọ <b>Yoruba</b> (Yoruba)                             |
| <input type="checkbox"/> y k t <b>Ḅk q k ɪ</b> Ḅ. (Karen)                    |  |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer)                         |  |
| <input type="checkbox"/> 본인의 모국어는 <b>한국어</b> 입니다 (Korean)                    |  |
| <input type="checkbox"/> ئە ز زمانى <b>كوردى</b> ده ناخفم. (Kurdish)         |  |



**Sección de Servicios Especializados**

Información del Estudiante		
Apellido <hr/>	Nombre <hr/>	Fecha de nacimiento <hr/> <i>(mm/dd/aaaa)</i>
Grado <hr/>		

Servicios Especiales		
¿Tiene su hijo actualmente un Programa de Educación Individualizada (IEP)?  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Entrega una copia del IEP de su hijo?  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Tu hijo se traslada desde otro distrito? *  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <hr/>
¿Se realizó una Prueba de detección a su hijo con Child Outreach?  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene su hijo un Plan de la Sección 504?  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Recibe su hijo algún otro servicios que no se haya mencionado? En caso afirmativo, explique:  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <hr/> <hr/>		

\* Si su hijo tiene un Programa de Educación Individualizada (IEP), por favor, preséntelo al Departamento de Registro del NPSD en el momento de inscripción. El Departamento de Registro notificará a la Oficina de Educación Especial para que se ocupe de las preguntas de seguimiento, las preocupaciones y la colocación. Por favor consulte la pagina web de Educación Especial de North Providence para obtener información adicional: <https://www.npsdspecial.org>. Escanee este código de barras usando su tableta o teléfono inteligente.





Angélica Infante-Green  
Commissioner

State of Rhode Island and Providence Plantations  
**DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION**  
Shepard Building  
255 Westminster Street  
Providence, Rhode Island 02903-3400

## Encuesta sobre el idioma en el hogar (HLS)

*Esta sección la debe llenar el padre de familia o tutor*

*Estimado padre de familia o tutor:*

*La información solicitada en este formulario es necesaria para ubicar escolarmente a su niño de la mejor manera, y no se usará para otros propósitos <sup>1</sup>.*

*Gracias por su cooperación.*

<b>Nombre del estudiante:</b>		
_____		
<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Lugar de nacimiento<sup>2</sup>:</b>
_____		_____
<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>
<i>Relación del padre de familia o tutor con el estudiante:</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Madre</i> <input type="checkbox"/> <i>Padre</i> <input type="checkbox"/> <i>Otra</i> _____		
<b>Home Language Code:</b>		
_____		

### Información sobre el idioma de la familia y del niño

*(Por favor, marque todas las casillas que correspondan.)*

<b>1. ¿Cuál es el idioma que se usa principalmente en el hogar, aparte del idioma que habla el estudiante?</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
	<i>Especifique</i>		
<b>2. ¿Cuál es el idioma que el estudiante habla más?</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
	<i>Especifique</i>		
<b>3. ¿Cuál es el idioma que el estudiante aprendió primero?</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
	<i>Especifique</i>		
<b>4. ¿Qué idioma(s) entiende el niño?</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
	<i>Especifique</i>		
<b>5. ¿En qué idioma(s) habla el niño?</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No habla
	<i>Especifique</i>		
<b>6. ¿En qué idioma(s) lee el niño?</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No lee
	<i>Especifique</i>		
<b>7. ¿En qué idioma(s) escribe el niño?</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No escribe
	<i>Especifique</i>		

<sup>1</sup> Conforme a la Ley de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) y la Ley de Igualdad de Oportunidades de Educación (20 U.S.C. §1703(f)).

<sup>2</sup> Las familias no están obligadas a proporcionar el lugar de nacimiento, pero proporcionar esta información puede ayudar a las agencias locales de educación (LEA) a desarrollar mayor sensibilidad cultural.

Actualizado al 30 de abril de 2020

Teléfono: (401)222-4600 Fax: (401)222-6178 TTY: (800)745-5555 Buzón de voz: (800)745-6575 Sitio web: [www.ride.ri.gov](http://www.ride.ri.gov)  
La Junta de Educación de R.I. no discrimina por razón de edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, raza, color, religión, nacionalidad de origen o discapacidad.

## Entrevista a la familia – Información sobre la educación del niño

1. ¿Cree usted que su niño tiene dificultades o problemas que afectan su capacidad de entender, hablar, leer o escribir en inglés u otro idioma?  
 Sí\*  No  No sabe  \*Si respondió que sí, por favor describa: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tan graves cree usted que son esas dificultades?  No son graves  Son un poco graves  Son muy graves

2a. ¿Se le ha hecho al niño una evaluación para educación especial?  No  Sí\*  
 \* Si respondió que se le hizo una evaluación, ¿se le detectó algún problema o discapacidad del aprendizaje?  No  Sí\*  
 \* Si respondió que se le detectó un problema o discapacidad del aprendizaje, ¿ha recibido el niño servicios de educación especial?  
 No  Sí – Especifique el tipo de servicios recibido: \_\_\_\_\_  
 2b. Edad a la que recibió los servicios (por favor marque todas las casillas que correspondan):  
 Antes de los 3 años (intervención temprana)  De los 3 a 5 años (educación especial)  Después de los 6 años (educación especial)

2c. ¿Tiene el niño un Programa de Educación Individualizado (IEP) o plan 504?  No  Sí

2. ¿En qué idioma prefiere que le hablen cuando la escuela o distrito se comunican con usted?  Inglés  Otro \_\_\_\_\_  
*Especifique*

3. ¿En qué idioma prefiere que le escriban cuando la escuela o distrito se comunican con usted?  Inglés  Otro \_\_\_\_\_  
*Especifique*

4. Indique la fecha en que inscribió al niño por primera vez en CUALQUIER escuela en Estados Unidos \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

¿Hay algo más que usted piense que la escuela debe saber sobre su niño? (p. ej., talentos o habilidades especiales, o problemas de salud)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
**Firma del padre de familia o tutor** **Fecha**

\_\_\_\_\_ **Nombre del padre de familia o tutor (en letra de molde)**

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS		
Name: _____	Position: _____	
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____		
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW		
Name: _____	Position: _____	
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____		
Oral Interview Necessary: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Date of Individual Interview: _____ <div style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 5px;">Month Day Year</div>	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT		
Name: _____	Position: _____	
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____		
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES		
Name: _____	Position: _____	
Date of Screener: _____ <div style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 5px;">Month Day Year</div>	Name of the Language Screening Assessment: _____	Score achieved: _____
<b>Proficiency Level Achieved:</b> Entering 1 <input type="checkbox"/> / Beginning 2 <input type="checkbox"/> / Developing 3 <input type="checkbox"/> / Expanding 4 <input type="checkbox"/> / Bridging 5 <input type="checkbox"/> / Reaching 6 <input type="checkbox"/>		
<b>FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED:</b>		



**Formulario de Divulgación de Registros**

Información del estudiante		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
		(mm/dd/aaaa)

Información Escolar Previa		
Nombre de la escuela anterior	Ciudad/Pueblo	Estado
_____	_____	_____
Número de teléfono	Número de fax	
_____	_____	
(xxx) xxx-xxxx	(xxx) xxx-xxxx	

**Sección de Padres/Tutores**

Para recibir los registros necesarios de la escuela anterior de su hijo, se requiere que se firme un formulario de liberación. El siguiente formulario, firmado por el padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, otorgará al Departamento Escolar de North Providence el permiso necesario para solicitar y recibir registros escolares anteriores.

**Por la presente, solicito que la escuela mencionada anteriormente divulgue los registros del estudiante mencionado anteriormente al Departamento Escolar de North Providence.**

Firma del Padre/Tutor	Fecha
_____	_____
	(mm/dd/aaaa)

**Attention of Previous School Administrative Staff**

Dear Sir or Madam,

The above-mentioned student has recently registered with the North Providence School Department. Please accept this form as a letter of request for all academic, attendance, discipline, and health records be forwarded to the indicated address or fax below. Thank you for your immediate attention to this request.

<input type="checkbox"/> <b>Central Office</b>  <b>North Providence School Department</b> <b>Attn: Central Registration</b> <b>1820 Mineral Spring Ave.</b> <b>North Providence, RI 02911</b> Phone: 401-233-1150 Ext 3719 Fax: 401-349-5777	<input type="checkbox"/> <b>North Providence High School</b> Phone: 401-233-1150 Fax: 401-349-3320	<input type="checkbox"/> <b>Stephen Olney Elementary</b> Phone: 401-233-1160 Fax: 401-618-5631
	<input type="checkbox"/> <b>Birchwood Middle School</b> Phone: 401-233-1120 Fax: 401-353-6903	<input type="checkbox"/> <b>Centredale Elementary</b> Phone: 401-233-1145 Fax: 401-232-5279
	<input type="checkbox"/> <b>Ricci Middle School</b> Phone: 401-233-1170 Fax: 401-232-5421	<input type="checkbox"/> <b>McGuire Elementary</b> Phone: 401-233-1135 Fax: 401-618-5626
	<input type="checkbox"/> <b>Whelan Elementary</b> Phone: 401-233-1180 Fax: 401-353-1465	<input type="checkbox"/> <b>Greystone Elementary</b> Phone: 401-233-1130 Fax: 401-232-5403



**NORTH PROVIDENCE PUBLIC SCHOOLS**  
 1820 Mineral Spring Avenue, North Providence, RI 02904  
 401.233.1100 | TDD: 800.745.6575 | FAX: 401.349.5777

### Información del estudiante

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Género: M \_\_\_ F \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ ciudad, país

Fecha de entrada a los EE.UU. (Solo si vienes de otro país, mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

### Información del hogar

¿Con quien vive el estudiante? \_\_\_ Ambos padres \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Otro\*\* \_\_\_\_\_

(\*\*Si el estudiante vive con alguien que no sea uno de sus padres, por favor indique el nombre, la relación y proporcione toda la documentación de tutoría legal de la corte.)

¿Familia militar?  No  Sí (Rama de servicio) \_\_\_\_\_ ¿Acceso a Internet en la casa?  No  Sí

¿Problemas de custodia?  No  Sí En caso afirmativo, sírvase explicarlo \_\_\_\_\_

Por favor enumere otros niños en el hogar que están inscrito en las escuelas públicas de North Providence o niños que eventualmente entrarán a la escuela en North Providence. Utilice el reverso de este formulario para espacio adicional.

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

### Información de los padres/ tutores

**\*Requerida**

	Padre/ Tutor 1	Padre/ Tutor 2
Nombre/ Fecha de nac. *		
Relación *		
Dirección *		
Estado civil		
Teléfono 1/ Teléfono 2	/	/
Correo electrónico *		
Idioma principal		

### Contactos de emergencia

Enumere los contactos en orden de preferencia si no se puede contactar a los padres. Utilice el reverso de este formulario para espacio adicional

Nombre *	1.	2.	3.
Fecha de nac.			
Relación			
Teléfono 1*/ Tel 2			
Idioma principal			
Permiso para recoger	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

### Origen étnico

Con el fin de identificar a los estudiantes correctamente (como lo exigen las leyes federales y estatales), marque el grupo más apropiado con el que elija que se identifique a su hijo. Esta información se utilizará para informar el número total de alumnos y no se divulgará en forma de identificación personal sin su permiso. Seleccione de los listados a continuación. **Tenga en cuenta:** De acuerdo con las pautas del estado de RI, si se elige "Si hispano/ latino", **también DEBE** elegir una raza.

¿Eres hispano o latino? (Elija solo uno) \*

- No hispano/ latino
- Si hispano/ latino
- Dos razas o más

¿ País de origen familiar? \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu raza? (Elija todas las que correspondan.) \*

- Negro o afroamericano
- Indio americano
- Asiático ¿Región de Asiática? \_\_\_\_\_
- Nativo de Hawái o de las islas del pacífico
- Blanco

Firma del padre/ tutor \* \_\_\_\_\_

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



**Formulario de divulgación de información/ medios de comunicación**

**Año Escolar** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Información del estudiante**

Nombre	Apellido	Grado del estudiante/Profesor
_____	_____	_____

Estimados Padres/Tutores:

Complete el siguiente formulario y devuélvalo al Departamento Escolar de North Providence.

Entiendo que en ocasiones, fotógrafos de prensa y los camarógrafos de televisión pueden visitar la escuela para capturar imágenes y grabar noticias, además de interactuar con los estudiantes acerca de eventos escolares o temas relacionados con la educación. Asimismo, el Departamento Escolar North Providence (NPSD, por sus siglas en inglés) puede realizar fotografías con fines educativos. De la misma manera, los profesores y administradores pueden utilizar teléfonos y otros dispositivos para compartir fotografías y/ o videos de los estudiantes en relación con tareas escolares, actividades extracurriculares, programas escolares, exhibiciones estudiantiles o presentaciones en las páginas web y redes sociales escolares apropiadas. Queda entendido que ni el NPSD ni sus representantes utilizarán dichas fotografías, entrevistas o imágenes con fines comerciales o para obtener beneficios económicos.

Indíquenos si desea negar o autorizar la inscripción de (su hijo) o del estudiante mencionado a continuación.

SÍ       NO

Autorizo el uso de fotografías, grabaciones de video, videos y entrevistas de mi hijo por parte de los medios de comunicación y educadores en situaciones educativas o escolares. Estoy de acuerdo en que dichos materiales se utilicen en las cuentas de redes sociales de la escuela o el distrito.

**Divulgación de información adicional**

A través de este documento, otorgo mi consentimiento oficial al Departamento Escolar de North Providence para divulgar la información demográfica de mi hijo(a) a la(s) persona(s)/ organización(es) o agencia(s) indicada(s) a continuación. Reconozco que este formulario autoriza de manera oficial al Departamento Escolar de North Providence a compartir información de identificación personal de mi registro educativo con esta parte, y eximo a dicha persona o entidad de cualquier responsabilidad para actuar de acuerdo con lo establecido en este documento.

NO

Fuerzas Armadas de Estados Unidos (De acuerdo con la **Ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA)**, por sus siglas en inglés) y la **Ley de Autorización de Defensa Nacional Floyd D. Spence para el Año Fiscal 2002**, esto automáticamente será "Sí" a menos que marque "No" y también presentes una carta escrita por separado a la escuela solicitando específicamente que se le excluya de compartir información con las fuerzas armadas junto con este formulario. Si no se presenta una carta de solicitud de exclusión, debemos mantener una respuesta "Sí".)

SÍ       NO

Educación superior

SÍ       NO

Público

SÍ       NO

Distrito

**Firma del Padre/Tutor**

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



## **RESIDENCIA**

Se requiere verificación de residencia para todas inscripciones y cambios de dirección.

***Las declaraciones jurada están incluidas en este paquete.***

### **SI USTED ES DUEÑO DE SU RESIDENCIA**

- Declaración Jurada de Residencia de Padres y
- El estado de cuenta hipotecario con la fecha dentro de 60 días y
- Una factura de servicios públicos con la fecha dentro de 60 días (agua, electricidad, gas o cable)

Todos los documentos enumerados son requeridos. No se permiten sustituciones.

### **SI ALQUILA LA RESIDENCIA**

- Declaración Jurada de Residencia de Padres (notarizada) y
- Declaración Jurada de Residencia del Arrendador o Propietario de la propiedad (notarizada) *Utilice la version en inglés o en español* y
- El contrato de arrendamiento firmado o una carta notarizada del propietario y
- Una factura de servicios públicos (electricidad, gas o cable) con la fecha dentro de 60 días  
*Si los servicios públicos están incluidos en su pago, debe indicarse en el contrato o en la carta notarizada.*

Todos los documentos enumerados son requeridos. No se permiten sustituciones.

### **SI VIVES CON UN FAMILIAR QUE ES DUEÑO DE SU RESIDENCIA**

- Declaración Jurada de Residencia de Padres y
- Declaración Jurada de Residencia del Arrendador o Propietario de la propiedad (notarizada) entre el familiar que posee la propiedad y el padre y
- Una carta notarizada del familiar que posee la propiedad con el nombre de los padres, el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento del estudiante, y la dirección que indique que usted vive allí y
- El estado de cuenta hipotecario con la fecha dentro de 60 días y
- Una factura de servicios públicos (agua, electricidad o gas) y
- Una confirmación de cambio de dirección con la oficina de correos (U.S. Postal Service) o una carta confirmando la dirección (por ejemplo un estado de cuenta de banco o de tarjeta de crédito, una factura de teléfono, etc.)

Todos los documentos enumerados son requeridos. No se permiten sustituciones.

### **SI VIVES CON UN FAMILIAR QUE ALQUILA LA RESIDENCIA**

- Declaración Jurada de Residencia de Padres y
- Declaración Jurada de Residencia del Arrendador o Propietario de la propiedad (notarizada, entre el familiar y el propietario o arrendador) *Utilice la version en inglés o en español* y
- El contrato de arrendamiento firmado (entre el familiar y el propietario o arrendador de la propiedad) y
- Una carta notarizada del propietario o arrendador con el nombre de los padres, el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento del estudiante, y la dirección que indique que usted vive allí y
- Una confirmación de cambio de dirección con la oficina de correos (U.S. Postal Service) o una carta confirmando la dirección (por ejemplo un estado de cuenta de banco o de tarjeta de crédito, una factura de teléfono, etc.)

Todos los documentos enumerados son requeridos. No se permiten sustituciones.



**Declaración Jurada de Residencia - Padres**

Información del estudiante		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento
<i>(mm/dd/aaaa)</i>		

Declaración Jurada
<p style="text-align: center;">Padre</p> <p>_____ compareció ante mí el día _____ de _____ de 20____ y, tras haber prestado el debido juramento, declaró, juró y afirmó los siguientes hechos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Soy la madre o el padre biológico de _____ de quien tengo la custodia física y la guardia.</li> <li>2 Actualmente, tengo mi residencia en _____ que se encuentra en la ciudad de North Providence, estado de Rhode Island.</li> <li>3 Mi hijo(a), _____ efectivamente, reside y vive conmigo en esa dirección.</li> <li>4 Reconozco que un funcionario de asistencia o una persona designada por el Departamento Escolar puede realizar una visita con el fin de verificar dicha residencia.</li> <li>5 Reconozco que esta Declaración Jurada se presenta bajo juramento al Departamento Escolar de North Providence con el propósito de determinar si mi hijo(a), _____, es elegible para asistir a la escuela en el Sistema Escolar de North Providence.</li> <li>6 En apoyo de esta Declaración Jurada, he adjuntado algunas pruebas que son verdaderas, exactas y correctas.</li> <li>7 Toda la información contenida en este documento es verdadera y exacta.</li> </ol>

Sección de Padre/ Tutor	
Firma del padre	Fecha
<i>(mm/dd/aaaa)</i>	

Notario de Juramento	
Estado de Rhode Island	Condado de _____
En _____ <i>ciudad/ pueblo</i> , en este _____ día de _____ de 20____, ante mí compareció personalmente _____ y después de leer la Declaración Jurada arriba mencionado y después de prestar el debido juramento, juró la veracidad y exactitud de dicha Declaración Jurada.	
Firma del Notario Público:	Comisión del Notario Expira:
<i>(mm/dd/aaaa)</i>	

**(FORMULARIO A)**

A VISO; SI PROPORCIONA INFORMACIÓN FALSA BAJO JURAMENTO, SE LE ACUSARA DE PERJURIO. LA PERSONA QUE SEA DECLARADA CULPABLE DE PERJURIO PUEDE RECIBIR HASTA VEINTE AÑOS DE CÁRCEL.

SI PROPORCIONA INFORMACIÓN FALSA, EL DISTRITO ESCOLAR INICIARÁ LAS ACCIONES LEGALES PERTINENTES PARA COBRAR EL VALOR DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS QUE RECIBE EL ESTUDIANTE. ESTOS ESFUERZOS DE COBRANZA INCLUYEN EL EMBARGO Y LA EXACCIÓN DE BIENES INMUEBLES, SALARIOS Y BIENES PERSONALES .

Stamp

No se aceptan declaraciones juradas de otras partes



**Declaración Jurada de Residencia – Arrendador/ Arrendamiento/ Propietario**

**Sección de padre/ tutor**

Padre

Como solicitante que presenta esta Declaración Jurada de residencia/ arrendamiento, yo \_\_\_\_\_ juro, bajo pena y sanciones de perjurio, que la información anterior es exacta y entiendo que la información contenida en esta Declaración jurada legal está sujeta a verificación por un investigador de residencia.

Nombre completo del padre/ tutor	Dirección	Número de teléfono
_____	_____	_____
		(xxx) xxx-xxxx
Firma del padre/ tutor o del estudiante mayor de 18 años	Fecha	
_____	_____	
	(mm/dd/aaaa)	

**Sección del arrendador/ propietario**

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y por la presente declaro y certifico lo siguiente:

- Soy el propietario/ arrendador/ representante de la empresa de arrendamiento de un inmueble situado en:  
 \_\_\_\_\_  
 (Dirección)
- \_\_\_\_\_ vive con el estudiante \_\_\_\_\_ en esta dirección.  
 (Padre/ tutor o estudiante mayor de 18 años)
- Declaro que la parte nombrada anteriormente reside conmigo y/o en la dirección indicada.

Firmado bajo pena y sanciones de perjurio este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_.

Nombre completo del arrendador	Dirección del arrendador	Número de teléfono
_____	_____	_____
		(xxx) xxx-xxxx
Firma del arrendador/ propietario/ compañía de administración	Fecha	
_____	_____	
	(mm/dd/aaaa)	

**Notario de Juramento**

Estado de Rhode Island Condado de \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ *ciudad/ pueblo*, en este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_, ante mí compareció personalmente \_\_\_\_\_ y después de leer la Declaración Jurada arriba mencionado y después de prestar el debido juramento, juró la veracidad y exactitud de dicha Declaración Jurada.

Firma del Notario Público:	Comisión del Notario Expira:
_____	_____
	(mm/dd/aaaa)

(FORMULARIO A)  
 A VISO: SI PROPORCIONA INFORMACIÓN FALSA BAJO JURAMENTO, SE LE ACUSARA DE PERJURIO. LA PERSONA QUE SEA DECLARADA CULPABLE DE PERJURIO PUEDE RECIBIR HASTA VEINTE AÑOS DE CÁRCEL.

No se aceptan declaraciones juradas de otras partes

Stamp



**Residency Affidavit – Landlord/Shared Tenancies/Owner**

**Parent/Guardian Section**

Parent

I, \_\_\_\_\_, as the applicant submitting this Residency/Landlord Affidavit, swear, under pains and penalties of perjury, that the information below is accurate and I understand that the information contained in this legal affidavit is subject to verification by a residency investigator.

Print Parent Name	Print Parent Address	Telephone Number
_____	_____	_____
		(xxx) xxx-xxxx
Parent/Guardian Signature		Date
_____		_____
		(mm/dd/yyyy)

**Landlord/Owner Section**

My name is \_\_\_\_\_ and I hereby depose and certify as follows:

- I am the owner or landlord or management company representative of property located at:  
 \_\_\_\_\_  
 (Address where parent lives)
- \_\_\_\_\_ resides with student \_\_\_\_\_ at this address.  
 (Parent/Guardian or Student over 18)
- I hereby state that the party named above resides with me and/or at the address above.

Signed under the pains and penalties of perjury this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

Landlord/ Representative name	Landlord address	Telephone number
_____	_____	_____
		(xxx) xxx-xxxx
Landlord/ Representative signature		Date
_____		_____
		(mm/dd/yyyy)

**Oath Notary**

State Of Rhode Island County Of \_\_\_\_\_

*city/town*

In \_\_\_\_\_ on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, before me personally appeared \_\_\_\_\_ and after reading the above Affidavit and after first being placed under oath, did swear to the truth and accuracy of said Affidavit.

Signature of Notary Public \_\_\_\_\_ Notary Commission Expires \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (mm/dd/yyyy)

(FORM A)  
**NOTICE:** IF YOU PROVIDE FALSE INFORMATION UNDER OATH YOU WILL BE REFERRED FOR PROSECUTION FOR PERJURY. A PERSON WHO IS FOUND GUILTY OF PERJURY MAY RECEIVE UP TO TWENTY YEARS IN JAIL.

Stamp

**Affidavits by other parties are not accepted**



**Cuestionario de Kindergarten (Solo para estudiantes entrando a Kindergarten)**

Información del estudiante			
Nombre	Apellido	Fecha de Nac	Género
_____	_____	_____ <i>(mm/dd/aaaa)</i>	_____ <i>(Debe coincidir con el certificado de nacimiento)</i>
Preguntas de evaluación			
¿Hubo algún retraso significativo en el desarrollo? (sentarse, gatear, caminar, hablar, etc.)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Su hijo está completamente entrenado para usar el baño?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Ha sido entrenado para lavarse las manos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Su hijo puede soplar su nariz sin ayuda cuando es necesario?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Ha estado su hijo matriculado en un programa pre-escolar o en una guardería?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Dónde? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
¿Ha asistido su hijo a un evaluación Child Outeach?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Fecha de la evaluación _____
¿Su hijo puede ponerse un abrigo o un suéter?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Su hijo puede usar una cremallera?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Su hijo puede amarrar o abrochar los zapatos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿El niño tiene hermanos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# mayores _____	# menores _____
¿El niño tiene hermanas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# mayores _____	# menores _____
¿Su hijo se lleva bien con otros niños?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Usa su hijo anteojos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Tiene su hijo dificultad de audición?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Desayuna su hijo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Almuerza su hijo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Sabe su hijo y es capaz de decir:			
el nombre y apellido?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
el número de teléfono?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
su dirección?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
los nombres de sus padres?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Su hijo reconoce ...			
los colores?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
las formas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
los números?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
las letras?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Su hijo puede usar...			
los crayones?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
las tijeras?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
la pegamento?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
la pintura?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Se debe prohibir al niño realizar cualquier actividad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Qué actividad? _____
Sección de padre/tutor			
Firma de padre/ tutor	Fecha		
_____	_____ <i>(mm/dd/aaaa)</i>		



**Formulario de participación deportiva (Solo para estudiantes en grados 9 -12)**

Student Information			
Nombre	Apellido	Fecha de nac	Escuela anterior
<hr/>	<hr/>	<hr/> <i>(mm/dd/aaaa)</i>	<hr/>

**Participación anterior**

Durante su estancia en el instituto anterior, el estudiante participó en alguno de los siguientes equipos deportivos. Indique todos los que correspondan.

Deporte	9° grado			10° grado		11° grado		12° grado	
	Fr	JV	Var	JV	Var	JV	Var	JV	Var
Béisbol									
Baloncesto									
Animación									
Atletismo									
Softball									
Fútbol americano									
Golf									
Hockey									
Lacrosse									
Atletismo al aire libre									
Fútbol									
Natación									
Tenis									
Lucha									
Voleibol									

Comprendo que, si la información proporcionada anteriormente es falsa, el estudiante será delarado ineligible para cualquier participación deportiva. .

Firma del estudiante	
Firma	Fecha
<hr/>	<hr/> <i>(mm/dd/aaaa)</i>

Firma del padre/ tutor legal	
Firma	Fecha
<hr/>	<hr/> <i>(mm/dd/aaaa)</i>



**ADMINISTRATION**

Joseph B. Goho, *Superintendent*  
Louise K. Seitsinger, M.Ed., *Assistant Superintendent*  
Lisa Casinelli, *Finance Director*  
Cynthia VanAvery, M.Ed., *Student Services Director*  
Matthew Hicks, *Human Resources Director*  
David McNally, *Data Director*

**SCHOOL COMMITTEE**

Dr. Frank Pallotta, *Chair*  
Roderick E. DaSilva, *Vice Chair*  
Arthur Corsini  
Kristi Mangiocca  
Anthony Mariorenzi, Jr.  
Thomas Norato  
Gina M. Picard, M.Ed.

Estimado padre/ tutor,

La ley exige que los exámenes de salud se realicen periódicamente durante la experiencia escolar del niño. Los exámenes dentales deben realizarse anualmente en los grados K-5 y 7. Son importantes para la educación del niño porque son un medio para descubrir defectos que podrían corregirse.

Dado que los reglamentos establecen que todos los estudiantes de los grados K-5 y 7 tienen un examen dental anual y que los alumnos que ingresan al kindergarten y al séptimo grado, deben tener un examen físico, le pedimos que su hijo sea examinado por el médico de la familia y el dentista durante el verano. El departamento escolar también solicita que se realice un examen físico intermedio periódicamente a los estudiantes.

El médico y el dentista del Departamento Escolar estarán disponibles durante el año escolar para examinar a aquellos niños que no hayan sido examinados por su médico familiar.

Muchas gracias por su cooperación en este asunto.

Atentamente,

Maestra/ Enfermera Escolar Certificada  
Departamento Escolar de North Providence



### Actualización anual de la historia médica

Información del estudiante		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>
Grado	Nombre del pediatra	Nombre del dentista

Información de salud		
Si su hijo tiene un diagnóstico o condición preexistente, por favor indíquelo.	Alergias:	¿Requiere el uso de un EpiPen?  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Enumere las cirugías	Enumere las enfermedades o lesiones graves	Enumere condiciones de salud que la maestra/ enfermera escolar certificada debe conocer

Compruebe a continuación si existe alguno de los siguientes problemas de salud. En caso afirmativo, sírvase dar una explicación.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Problemas renales          | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad ósea o articular | <input type="checkbox"/> Problemas de visión        | <input type="checkbox"/> [izquierda/derecha/ambas] |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Requiere gafas             | <input type="checkbox"/> Eccema                    |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Problemas dentales        |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos         | <input type="checkbox"/> Infecciones de garganta    | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales     |

Haga una lista de los medicamentos que su hijo esté tomando y la razón.

Medicación	Razón
_____	_____
_____	_____

### Sección de Padres/Tutores

Firma del Padre/Tutor	Fecha <i>(mm/dd/aaaa)</i>
_____	_____

La evaluación de la vista se realiza al ingresar y en los grados 1-5, 7 y 9.  
 Las pruebas de audición se realizan en los grados Pre-K, K y 1-3 y en cualquier estudiante nuevo.  
 Las pruebas de detección dental se realizan para los grados Pre-K a 5 y 7.  
 La evaluación de escoliosis en los grados 6-8.

Las pruebas de detección son administradas por profesionales capacitados. Si decide no hacerse ninguna prueba de detección en la escuela, se debe proporcionar evidencia satisfactoria a la enfermera de la escuela que indique que un proveedor de atención médica realizó la misma prueba de detección dentro de los 6 meses anteriores



### Hoja de autorización de medicamentos

Información del estudiante		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
Grado	Profesor:	(mm/dd/aaaa)
_____	_____	

### Autorización de medicamentos

La enfermera de la escuela suministrará los siguientes medicamentos según se considere necesario:

- Tylenol (Acetaminofén) en la dosis apropiadas para la edad
- Motrin (Ibuprofeno) en la dosis apropiadas para la edad
- Tums 1-2 tabletas
- Gotas para la tos (**solo estudiantes de escuela media y secundaria**)

De acuerdo con las políticas, estos medicamentos se suministran según sea necesario. Si su hijo continua requiriendo estos medicamentos de manera rutinaria, será imprescindible que proporcione un formulario de Autorización y consentimiento de medicamentos de North Providence completado y firmado por el proveedor de atención primaria del estudiante. Estos medicamentos deben ser transportados a la escuela por un adulto en un envase original, etiquetado con el nombre del estudiante.

**PLEASE NOTE:**

Su hijo no recibirá ninguna de los medicamentos anteriores hasta que la hoja de Autorización de medicamentos esté registrada en nuestros expedientes.

### Alergias

Sírvase indicar las alergias que puede padecer su hijo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Autorización de los padres o tutores

He leído y comprendido la política de medicación de North Providence. Solicito que a mi hijo se le administer la medicación descrita anteriormente de acuerdo con dicha política. Entiendo que la escuela está prestando un servicios y mantengo plena

Parent/Guardian Signature	Date
_____	_____
	(mm/dd/yyyy)

**Año Escolar 2025-2026 solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares**

**DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito):** NP Public Schools/ M. Read

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

**DIRECCIÓN:** 1820 Mineral Spring Avenuen, N. Providence, RI 02904

**PASO 1** Enumere a **TODOS** los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12° grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

Enumere a **TODOS** los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar.

El primer nombre del niño/a	MI	Apellido(s) del niño/a	Grado	Foster child	Migrante	Hijo del hogar	Sin hogar
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todas las opciones que correspondan.

Si marcó alguna de estas casillas, consulte las instrucciones de la solicitud, Paso 1: Parte C y Parte D.

**PASO 2** ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

NO → Continúe al PASO 3.  SÍ → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.

**NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT, por sus siglas en inglés)):**

Escriba solo un número de caso en este espacio.

**PASO 3** Enumere a **TODOS** los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

**A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo).** Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia se reciben?					Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención	¿Con qué frecuencia se reciben?				Pensiones jubilación seguridad social, Seguridad del gas, pensionario (SB por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia se reciben?			
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente
	\$						\$					\$				
	\$						\$					\$				
	\$						\$					\$				
	\$						\$					\$				
	\$						\$					\$				

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)

Marque si no tiene número de Seguro Social

**Consulte la lista de las fuentes de ingresos al reverso de la solicitud.**

**B. Ingresos de los niño/as**  
A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos **TOTALES** (antes de impuestos y deducciones) recibidos por **TODOS** los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.

Ingresos de los niño/as

¿Con qué frecuencia se reciben?  
 Semanalmente  Cada 2 semanas  2 veces al mes  Mensualmente  Anualmente

**PASO 4** Información de contacto y firma del adulto. **DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A:** Escriba aquí la dirección de la escuela

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables."

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario

Firma del adulto

Fecha de hoy

Dirección postal (si está disponible)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono (opcional)

Correo electrónico (opcional)

**Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.**

## FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

Para obtener información adicional sobre ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.

Fuentes de ingresos		
<b>Ingresos del trabajo</b>	<b>Asistencia pública/manutención/pensión alimenticia</b>	<b>Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones</li> <li>ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)</li> </ul> <p><b>Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada)</li> <li>subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>beneficios por desempleo</li> <li>compensación para los trabajadores</li> <li>Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li> <li>asistencia en efectivo del estado o el gobierno local</li> <li>pagos de manutención</li> <li>pagos de pensión alimenticia</li> <li>beneficios para veteranos</li> <li>beneficios por huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)</li> <li>pensiones privadas o beneficios por discapacidad</li> <li>ingresos procedentes de fideicomisos o herencias</li> <li>anualidades</li> <li>ingresos por inversiones</li> <li>intereses devengados</li> <li>ingresos por arrendamiento</li> <li>pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas</li> </ul>

Ejemplos de ingresos de los niño/as
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social.</li> <li>El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.</li> </ul>

**OPCIONAL** Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

**Origen étnico (marque una opción):**  Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza)  Ni hispano ni latino

**Raza (marque una o más opciones):**  Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Blanco

Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. **\*No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.**

**NO LLENAR** Solo para uso de la escuela.

**Annual Income Conversion:** Weekly × 52, Every 2 Weeks × 26, Twice a Month × 24, Monthly × 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income		How often?					Household size		Eligibility		
		Weekly	Every 2 Weeks	2xMonth	Monthly	Annual			Free	Reduced	Denied
<input type="text"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determining Official's Signature		Date		Confirming Official's Signature			Date		Verifying Official's Signature		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>		

### Declaración sobre el uso de la información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *foster child* y para niño/a sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

### La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

\*Correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o  
Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

\*No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.